

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION
TEXT REVISION

DSM-5-TR™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Machine Translated by Google

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION
TEXT REVISION

DSM-5-TR™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

i

**DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO
MANUAL DE
DESORDENES MENTALES**

QUINTA EDICIÓN
REVISIÓN DE TEXTO

DSM-5-TR™

yo

Asociación Americana de Psiquiatría

DSM-5-TR

Funcionarios 2021– 2022 Presidenta

Vivian B. Pender, MD
Presidenta electa

Rebecca W. Brendel, MD, JD

Tesorero Richard F. Summers, MD

Secretaria Sandra DeJong, MD, M.Sc.

Oradora *de la*

asamblea Mary Jo Fitz-Gerald, MD, MBA
Portavoz electo

Adam P.Nelson , MD

Junta Directiva

Elie G. Aoun, MD, MRO

Jenny L. Boyer, MD, Ph.D., JD
Dr. Kenneth Certa

C. Freeman, MD, MBA

María Hasbah Roessel , MD

Dr. Glenn A. Martin

Dr. Eric M. Elder

Dra . Michele Reid
Félix Torres, MD, MBA
Sanya Virani, MD, MPH
Dra . Cheryl D. Wills
Melinda Young, MD
Urooj Yazdani, MD,
miembro residente miembro fideicomisario electo

DSM-5

***Funcionarios 2012–
2013*** Presidente
Dilip V. Jeste, MD
Presidente electo
Jeffrey A. Lieberman, MD
Tesorero David Fassler, MD
Secretario Roger Peele, MD

Presidente
de la
Asamblea R. Scott Benson, MD
Portavoz electo
Melinda L. Young, MD

Junta Directiva
Jeffrey Akaka, MD
Dra . Carol A. Bernstein
Dr. Brian Crowley
Anita S. Everett, MD
Jeffrey Geller, MD, MPH
Dr. Marc David Graff

James A. Greene, MD
Judith F. Kashtan, MD
Molly K. McVoy, MD
Dr. James E. Nininger
Dr. John M. Oldham
Dr. Alan F. Schatzberg
Alik S. Widge, MD, Ph.D.
Erik R. Vanderlip, MD,
Miembro en formación Fideicomisario electo

DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO MANUAL DE DESORDENES MENTALES

QUINTA EDICIÓN
REVISIÓN DE TEXTO

DSM-5-TR™



IV

Copyright © 2022 Asociación Americana de Psiquiatría

DSM, DSM-5 y DSM-5-TR son marcas registradas de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

El uso de estos términos está prohibido sin el permiso de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS. A menos que sea autorizado por escrito por la APA, ninguna parte de este libro puede ser reproducida o utilizada de manera contraria a los derechos de autor de la APA. Esta prohibición se aplica a los usos o reproducciones no autorizados en cualquier forma, incluidas las aplicaciones electrónicas.

La correspondencia relacionada con los permisos de derechos de autor debe dirigirse a DSM Permissions, American Psychiatric Association Publishing, 800 Maine Avenue SW, Suite 900, Washington, DC 20024-2812.

Fabricado en los Estados Unidos de América en papel sin ácido.

ISBN 978-0-89042-575-6 (Tapa dura) Primera impresión Febrero 2022

ISBN 978-0-89042-576-3 (rústica) Primera impresión febrero de 2022

Asociación Estadounidense de
Psiquiatría 800 Maine Avenue SW
Suite 900 Washington, DC
20024-2812 www.psychiatry.org

La cita correcta de este libro es Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión de Texto. Washington, DC, Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022.

Nombres de datos de catalogación en publicación de la Biblioteca

del Congreso : Asociación Estadounidense de Psiquiatría, organismo emisor.

Título: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5-TR / American Psychiatric Asociación.

Otros títulos: DSM-5-TR

Descripción: Quinta edición, revisión de texto. | Washington, DC: Asociación Estadounidense de Psiquiatría Publicaciones, [2022] | Incluye índice.

Identificadores: LCCN 2021051781 (imprimir) | LCCN 2021051782 (libro electrónico) | ISBN 9780890425756 (tapa dura; papel alcalino) | ISBN 9780890425763 (rústica; papel alcalino) | ISBN 9780890425770 (libro electrónico)

Temas: MESH: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5^a edición | Trastornos mentales: clasificación | Trastornos mentales—diagnóstico Clasificación: LCC RC455.2.C4 (imprimir) | LCC RC455.2.C4 (libro electrónico) | NLM WM 15 | CDD 616.89/075—dc23/eng/20211209

Registro de LC disponible en <https://lccn.loc.gov/2021051781> Registro de libro electrónico de LC disponible en <https://lccn.loc.gov/2021051782>.

Datos de catalogación en publicación de la Biblioteca

Británica Un registro CIP está disponible en la Biblioteca Británica.

Diseño de texto—Tammy J. Cordova

Fabricación—Sheridan Books, Inc.

en

Contenido

[Presidentes y grupos de revisión del DSM-5-TR](#)

[Equipo de trabajo y grupos de trabajo del DSM-5](#)

[Prefacio al DSM-5-TR](#)

[Prefacio al DSM-5](#)

Clasificación DSM-5-TR

Sección I

Conceptos básicos del DSM-5

[Introducción](#)

[Uso del Manual](#)

[Declaración de precaución para el uso forense del DSM-5](#)

Sección II

Criterios y códigos de diagnóstico

[Trastornos del neurodesarrollo](#)

[Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos](#)

[Trastornos bipolares y relacionados](#)

[Trastornos Depresivos](#)

- Desórdenes de ansiedad**
 - Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados**
 - Trastornos relacionados con el trauma y el estrés**
 - Trastornos disociativos**
 - Síntomas somáticos y trastornos relacionados**
 - Trastornos de la alimentación y la alimentación**
 - Trastornos de Eliminación**
 - Trastornos del sueño y la vigilia**
- nosotros
- disfunciones sexuales**
 - Disforia de género**
 - Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta**
 - Trastornos adictivos y relacionados con sustancias**
 - Trastornos neurocognitivos**
 - Desorden de personalidad**
 - Trastornos parafílicos**
 - Otros trastornos mentales y códigos adicionales**
 - Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros**
 - Efectos adversos de la medicación**
 - Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica**
 - Atención**

Sección III

Medidas y modelos emergentes

- Medidas de evaluación**

[**Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico**](#)
[**Modelo alternativo DSM-5 para trastornos de la personalidad**](#)
[**Condiciones para estudios adicionales**](#)

Apéndice

[**Listado alfabético de diagnósticos DSM-5-TR y CIE-10-Códigos CM**](#)

[**Listado Numérico de Diagnósticos DSM-5-TR y ICD-10-CM-Códigos**](#)

[**Asesores y otros colaboradores del DSM-5**](#)

[**Índice**](#)

Sillas DSM-5-TR

Michael B. Primero, MD

Copresidente del Subcomité de Revisión y Editor del DSM-5-TR

Philip Wang, MD, Dr. PH

Copresidente del Subcomité de Revisión

Wilson M. Compton, MD, MPE

Vicepresidente del Subcomité de Revisión

Dr. Daniel S. Pine

Vicepresidente del Subcomité de Revisión

Dra . Susan K. Schultz

Consultor de texto

Philip R. Muskin, MD, MA

Editor de revisión de conflictos de intereses

Ann M. Eng

Editora Gerente de DSM

División de personal de investigación de la APA sobre el DSM-5-TR

Dr. Nitin Gogtay

Jefe, División de Investigación y Director Médico Adjunto

Philip Wang, MD, Dr.PH

exdirector médico adjunto y director de investigación

Diana E. Clarke, Ph.D., **Directora General de Investigación y Estadística/Epidemióloga de Investigación Principal** Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc., **Gerente Principal de Operaciones de DSM e Investigadora Asociada**

Sejal Patel, MPH, ***Investigadora Asociada***

Principal Laura Thompson, MS, ***Investigadora Asociada y Gerente***

de Programa Stephanie Smith, Ph.D., ***ex Gerente Principal de Operaciones de DSM y Escritor científico***

Oficina del Director Médico de la APA

Saúl Levin, MD, MPA

CEO y Director Médico

Colleen M. Coyle, JD

Consejero general

Comité Directivo del DSM

Paul S. Appelbaum, MD

presidente

Dra . Ellen Leibenluft

Vicepresidente

Dr. Kenneth S. Kendler

Vicepresidente

Miembros

Renato D. Alarcón, MD, MPH

Pamela Y. Collins, MD, MPH

Michelle G. Craske, Ph.D.

Michael B. Primero, MD

Dolores Malaspina, MD, MS, MSPH

Dr. Glenn Martin

Dra. Susan K. Schultz

Dr. Andrew E. Skodol

Kimberly A. Yonkers, MD

Wilson M. Compton, MD, MPE, *Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas* George F. Koob, Ph.D. (2019–2020), *Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo*

Lorenzo Leggio, MD, Ph.D. (2020–), *Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo*

Sarah Morris, Ph.D., *Instituto Nacional de Salud Mental*

Grupos de revisión transversales

Grupo de Revisión de Cultura

Transversal Roberto Lewis-Fernández, MD
Silla

Renato D. Alarcón, MD, MPH

Anne E. Becker, MD, Ph.D.

Kamaldeep Bhui, CBE, MD

Guilherme Borges, Ph.D.

Suparna Choudhury, Ph.D.

Dr. Jack Drescher

Ana Gómez-Carrillo, MD

Brian J. Hall, Ph.D.

Dra. Felicia Heidenreich-Dutray

Eva Heim, Ph.D.

Stefan G. Hofmann, Ph.D.

G. Eric Jarvis, MD

Christian Kieling, MD, Ph.D.

Dr. Laurence J. Kirmayer

Brandon Kohrt, MD, Ph.D.

Rishav Koirala, MD, Ph.D. candidato

Andrian Liem, Ph.D.

Francisco G. Lu, MD

Dr. Kwame McKenzie

Fahimeh Mianji, Ph.D.

Byyamah Brian Mutamba, MBCh.B., M.Med. (Psicología), MPH, Ph.D.

Claudia Rafful, Ph.D.

Dra. Cecile Rousseau

Andrew G. Ryder, Ph.D.

Vedat Sar, MD

Soraya Seedat, MD, Ph.D.

Gwen Yeo, Ph. D.

Ricardo Orozco Zavala, Ph.D.

Grupo transversal de revisión forense

Debra A. Pinals, MD

Silla

Dr. Carl E. Fisher

Dr. Steven K. Hoge

Dra. Reena Kapoor

Dr. Jeffrey L. Metzner

Howard Zonana, MD

Grupo de revisión transversal de sexo y género

Kimberly A. Yonkers, MD

Silla

Dra. Margaret Althemus

Dra. Lucy C. Barker

Dra. Ariadna Forray

Dra. Constanza Guille

Dra. Susan G. Kornstein

Melissa A. Nishawala, MD

Jennifer L. Payne, MD

Walter A. Rocca MD, MPH

Manpreet K. Singh, MD, MS

Simone Vigod, MD, M.Sc.
Dra. Kristine Yaffe
Anahita Bassir Nia, MD, **Consultora**

ix

**Grupo transversal de revisión del
suicidio Michael F. Grunbaum, MD**
Revisor principal

David A. Brent, MD, **revisor**
Katalin Szanto, MD, **revisor**

**Grupo de Trabajo de Equidad Etnoracial e
Inclusión Roberto Lewis-Fernández, MD**
Copresidente

Dra . Danielle Hairston
Copresidente

Renato D. Alarcón, MD, MPH
Paul S. Appelbaum, MD, **ex officio**
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Constanza E. Dunlap, MD
Dr. Nitin Gogtay
Joseph P. Gone, Ph.D.
Jessica E. Isom, MD, MPH
Dr. Laurence J. Kirmayer
Francisco G. Lu, MD
Dolores Malaspina, MD, MS, MSPH
Dra. Altha J. Stewart
Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.

Grupos de Revisión por Capítulo de la Sección II

Trastornos del neurodesarrollo
Gillian Baird, MB, B.Chir.
Redactor de sección

Michael H. Bloch, MD, MS
Jane E. Clark, Ph. D.
James C. Harris, MD†
Bryan H. King, MD, MBA
James F. Leckman, MD, Ph.D.
Amy E. Margolis, Ph.D.
Diana Paul, Ph.D.
Dr. Steven R. Pliszka
Mabel L. Rice, Ph.D.
Amy M. Wetherby, Doctora en Filosofía.
Juliann Woods, Ph.D.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Stephan Heckers, MD
Redactor de sección

Somya Abubacker, MD
Dr. Oliver Freudenreich
Paolo Fusar-Poli, MD, Ph.D.
Dr. med. Stefan Gutwinski
Andreas Heinz, MD, Ph.D.
Frank Pillmann, MD, Ph.D.
James B. Potasa, MD, MPH
Dr. Marc A. Schuckit
Pablo Summergrad, MD
Dr. Rajiv Tandon
Sebastián Walther, MD

Trastornos bipolares y relacionados

Michael J. Ostacher, MD, MPH, MMSc.

Redactor de sección

Benjamin I. Goldstein, MD, Ph.D.

Greg Murray, Ph. D.

Dra. Martha Sajatovic

Dr. Marc A. Schuckit

Pablo Summergrad, MD

Trisha Suppes, MD, Ph.D.

Holly A. Swartz, MD

Bryan K. Tolliver, MD, Ph.D.

X

Trastornos depresivos

William H. Coryell, MD

Redactor de sección

Scott R. Playa, MD

Dra. Ellen Leibenluft

Robert M. McCarron, DO

Dr. Marc A. Schuckit

Kimberly A. Yonkers, MD

Sidney Zisook, MD

Trastornos de ansiedad Michelle G. Craske, Ph.D.

Redactor de sección

Katja Beesdo-Baum, Ph.D.

Susan Bogels, Doctora en Filosofía.

Lily A. Brown, Ph.D.

Richard LeBeau, Ph.D.

Vijaya Manicavasagar, Ph.D.

Bita Mesri, Ph.D.

Peter Ratón, Ph.D.
Thomas H. Ollendick, Ph.D.
Kate Wolitzky-Taylor, Ph.D.
Tomislav D. Zbozinek, Ph.D.

Susan K. Schultz, MD, **consultora de textos**

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados

Katharine A. Phillips, MD
Redactor de sección

Randy O. Frost, Ph.D.
Jon E. Grant, MD, MPH, JD
Christopher Pittenger, MD, Ph.D.
Helen Blair Simpson, MD, Ph.D.
Dan J. Stein, MD, Ph.D.
Gail Steketee, Ph.D.

Susan K. Schultz, MD, **consultora de textos**

Trastornos relacionados con el trauma y el estrés

Matthew J. Friedman, MD, Ph.D.
Redactor de sección

Dr. David A. Brent
Richard Bryant, Ph. D.
Julianna M. Finelli, MD
Decano G. Kilpatrick, Ph.D.
Roberto Lewis-Fernández, M.D.
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Robert S. Pynoos, MD, MPH
Paula P. Schnurr, Ph.D.
James J. Strain, MD

Dr. Robert J. Ursano
Frank W. Weathers, Ph.D.
Dr. Charles H. Zeanah Jr.

Susan K. Schultz, MD, **consultora de textos**

Trastornos disociativos

Dr. Richard J. Loewenstein
Redactor de sección

Dr. Frank W. Putnam Jr.
Dra. Daphne Simeón
Susan K. Schultz, MD, **consultora de textos**

Síntomas somáticos y trastornos relacionados

James L. Levenson, MD
Redactor de sección

Dr. Marc D. Feldman
Bernd Löwe, Prof. Dr. médico Dipl.-Psic.
Jill M. Newby, Ph.D.
Jon Stone, MBCh.B., Ph.D.
Gregorio Yates, MA

**Trastornos de la alimentación y la
alimentación** B. Timothy Walsh, MD
Redactor de sección

Dr. Michael J. Devlin
Crítico

Trastornos de Eliminación
Dr. Daniel S. Pine
Redactor de sección

Israel Franco, MD

Patricio C. Gargollo, M.D.

Peter L. Lu, MD, MS

Dr. Stephen A. Zderic

**Trastornos del sueño y
la vigilia Michael J. Sateia, MD**
Redactor de sección

R. Robert Auger, MD

Jack D. Edinger, Ph.D.

Máscara de llamada, MD, MPH

Stuart F. Quan, MD

Dr. Thomas E. Scammell

Dr. Marc A. Schuckit

Erik K. St. Louis, MD, MS

John W. Winkelman, MD, Ph.D.

Disfunciones sexuales
Lori A. Brotto, Ph.D.
Redactor de sección

Stanley E. Althof, Ph.D.

Cynthia A. Graham, Ph.D.

Dennis Kalogeropoulos, Ph.D.

Julie Larouche, MP.

Pedro Nobre, Ph.D.

Michael A. Perelman, Ph.D.

Natalie O. Rosen, Ph.D.

Dr. Marc A. Schuckit

Sharon J. Parish, MD, revisora **médica** Susan

K. Schultz, MD, asesora de **textos**

Disforia de género

Jack Drescher, MD

Redactor de sección

Stewart L. Adelson, MD

Walter O. Bockting, Ph.D.

William Byne, MD, Ph.D.

Annelou LC de Vries, MD, Ph.D.

Cecilia Dhejne, MD, Ph.D.

Thomas D. Steensma, Doctor en Filosofía.

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta Paul J. Frick, Ph.D.

Redactor de sección

Jeffrey D. Burke, Ph.D.

S. Alexandra Burt, Ph.D.

Dr. Emil F. Coccaro

Jon E. Grant, MD, MPH, JD

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Redactor de sección

Carlos Blanco, MD, Ph.D.

David Bochner, Ph. D.

Alan J. Budney, Ph.D.

Wilson M. Compton, MD, MPE

Dr. John R. Hughes

Laura M. Juliano, Ph.D.

Bradley T. Kerridge, Ph.D.

Marc N. Potenza, MD, Ph.D.

Dr. Marc A. Schuckit

Trastornos neurocognitivos

Susan K. Schultz, MD

Redactor de sección

Dr. Brian S. Appleby

David B. Arciniegas, M.D.

Karl Goodkin, MD, Ph.D.

Sharon K. Inouye, MD, MPH

Constantino Lyketsos, MD, MHS

Dr. Ian G. McKeith

Bruce L. Miller, MD

David J. Moser, Ph.D.

Peggy C. Nopoulos, MD

Howard J. Rosen, MD

Perminder S. Sachdev, MD, Ph.D.

Dr. Marc A. Schuckit

Pablo Summergrad, MD

Dr. Daniel Weintraub

Trastornos de la personalidad Mark Zimmerman, MD

Redactor de sección

Donald W. Negro, MD

Robert F. Bornstein, Doctor en Filosofía.

Erin A. Hazlett, Ph.D.

Lisa Lampe, MB,BS, Ph.D.

Dr. Royce Lee

Joshua D. Miller, Ph.D.

Anthony Pinto, Ph.D.

Elsa F. Ronningstam, Doctora en Filosofía.

Douglas B. Samuel, Ph.D.

Dra. Susan K. Schultz

Glen L. Xiong, MD
Mary C. Zanarini, Ed.D.

Trastornos parafílicos
Richard B. Krueger, MD
Redactor de sección

Peer Briken, MD
Luk Gijs, Ph. D.
Andreas Mokros, Ph.D.
Pekka Santtila, Ph.D.
Michael C. Seto, Ph.D.

**Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos
de los medicamentos**

Dr. Alan F. Schatzberg
Redactor de sección

Jacob S. Ballon, MD, MPH
Dr. Kevin J. Black
Dr. Peter F. Buckley
Leslie Citrome, MD, MPH
Dra. Ira D. Glick
Dra. Rona Hu
Dr. Paul E. Keck Jr.
Dr. Stephen R. Marder
Laura Marsh, MD
Dr. Richard C. Shelton
Dr. Nolan Williams

XIII

**Otras condiciones que pueden ser un foco de atención
clínica** Michael B. First, MD

Dr. Nitin Gogtay

Diana E. Clarke, Doctora en Filosofía.

Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.

Revisores de los Textos de la Sección III

Medidas de evaluación

Dr. Nitin Gogtay

Philip Wang, MD, Dr. PH

Diana E. Clarke, Doctora en Filosofía.

Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.

Stephanie Smith, Ph. D.

Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico Roberto

Lewis-Fernández, MD

Redactor de sección

Neil Krishan Aggarwal, MD, MBA, MA

Ana Gómez-Carrillo, MD

G. Eric Jarvis, MD

Bonnie N. Kaiser, Ph. D., MPH

Dr. Laurence J. Kirmayer

Brandon Kohrt, MD, Ph.D.

Condiciones para estudios adicionales

Síndrome de **Psicosis** Atenuada Paolo

Fusar-Poli, MD, Ph.D.

Dr. Stephan Heckers

Episodios depresivos con hipomanía de corta duración

Benjamin I. Goldstein, MD, Ph.D.

Greg Murray, Ph. D.

Michael J. Ostacher, MD, MPH, MMSc.

Trastorno por consumo de cafeína

Laura M. Juliano, Ph.D.

Alan J. Budney, Ph.D.

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Wilson M. Compton, MD, MPE

Trastorno de los juegos de Internet Charles O'Brien, MD, Ph.D.

Jon E. Grant, MD, MPH, JD

Wilson M. Compton, MD, MPE

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol

Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Trastorno de conducta suicida

Dr. Michael F. Grunbaum

Dr. David A. Brent

Dra. Katalin Szanto

Autolesiones no suicidas

E. David Klonsky, Ph.D.

Jennifer J. Muehlenkamp, Ph.D.

Jason J. Washburn, Doctor en Filosofía.

Comités de revisión del Comité Directivo del DSM

Nota: Estos grupos revisaron las propuestas formales de cambios examinados por el Comité Directivo del DSM desde la publicación del DSM-5.

Trastornos del neurodesarrollo

Daniel S. Pine, MD

presidente

Catherine E. Lord, Doctora en Filosofía.

Sally Ozonoff, Ph.D.

José Piven, MD

Moira A. Rynn, MD
Dra. Anita Thapar

xiv

Trastornos mentales graves
Carrie E. Bearden, Ph.D.
presidente

William T. Carpintero, MD
Benoit H. Mulsant, MD, MS
Peter V. Rabins, M.D., M.P.H.
Dr. Mark Zimmerman

Trastornos de
internalización Roberto Lewis-Fernández, MD
presidente

Dr. William H. Coryell
Constanza Hammen, Ph.D.
Dr. James L. Levenson
Dra. Katharine A. Phillips
Dan J. Stein, MD, Ph.D.

Revisores adicionales sobre Trastorno de duelo
prolongado David A. Brent, MD
Michael B. Primero, MD
Matthew J. Friedman, MD, Ph.D.
Christopher M. Layne, Doctor en Filosofía.
Roberto Lewis-Fernández, M.D.
Paul K. Maciejewski, Ph.D.
Dra. Katharine A. Phillips
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Dr. Robert S. Pynoos

Dr. Charles F. Reynolds III

Dra. M. Katherine Shear

Thomas A. Widiger, Ph.D.

Kimberly A. Yonkers, MD

Helena Chmura Kraemer, Ph.D., **Consultora**

**Trastornos de Externalización y Trastornos de la
Personalidad** Carlos Blanco, MD, Ph.D.
presidente

Lee Anna Clark, Ph.D.

Dr. Richard B. Krueger

Christopher J. Patrick, Ph.D.

Dr. Marc A. Schuckit

**Trastornos de los sistemas
corporales** Peter Daniolos, MD
presidente

Cynthia A. Graham, Ph.D.

Dra. Debra K. Katzman

Dr. B. Timothy Walsh

Dr. Joel Yager

†Murió el 5 de abril de 2021.

Equipo de trabajo y grupos de trabajo del DSM-5

Dr. David J. Kupfer

Presidente del grupo de trabajo

Darrel A. Regier, MD, MPH

Vicepresidente del grupo de trabajo

William E. Narrow, MD, MPH, **director de investigación**

Susan K. Schultz, MD, **editora de texto** Emily A. Kuhl,

Ph.D., **editora de texto de APA** Dan G. Blazer, MD,

Ph.D., MPH

Jack D. Burke Jr., MD, MPH

William T. Carpenter Jr., MD

Dr. F. Xavier Castellanos

Wilson M. Compton, MD, MPE

Dr. Joel E. Dimsdale

Javier I. Escobar, MD, M.Sc.

Jan A. Fawcett, MD

Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. (2009–)

Steven E. Hyman, MD (2007–2012)

Dilip V. Jeste, MD (2007–2011)

Helena C. Kraemer, Ph.D.

Daniel T. Mamah, MD, MPE

James P. McNulty, AB, Sc.B.

Howard B. Moss, MD (2007–2009)

Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.

Roger Peele, MD

Dra. Katharine A. Phillips
Dr. Daniel S. Pine
Dr. Charles F. Reynolds III
Maritza Rubio-Stipe, Sc.D.
Dr. David Shaffer
Dr. Andrew E. Skodol II
Dra. Susan E. Swedo
Dr. B. Timothy Walsh
Philip Wang, MD, Dr. PH (**2007–2012**)
Dr. William M. Womack
Kimberly A. Yonkers, MD
Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Norman Sartorius, MD, Ph.D., **Consultor**

División de personal de investigación de la APA sobre el DSM-5

Darrel A. Regier, MD, MPH, **Director, División de Investigación**
William E. Narrow, MD, MPH, **Director asociado** Emily A. Kuhl,
Ph.D., **Escritora científica senior; Editora de texto del personal**
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc., **investigadora en estadística**

Lisa H. Greiner, MSSA, **directora de proyectos de ensayos de campo del DSM-5** Eve K. Moscicki, Sc.D., MPH, **directora, Practice Research Network** S. Janet Kuramoto, Ph.D., MHS, **asociada senior de investigación científica de la Red de investigación práctica**

Amy Porfiri, MBA **Directora de Finanzas y Administración**
Jennifer J. Shupinka, **Subdirectora, Operaciones de DSM**
Seung-Hee Hong, **Investigadora asociada senior de DSM** Anne R. Hiller, **Investigadora asociada de DSM** Alison S. Beale, **Investigadora asociada de DSM** Spencer R. Case, **DSM Investigador asociado**

Joyce C. West, Ph.D., MPP, **Directora de Investigación de Políticas de Salud, Práctica Red de Investigación**

Farifteh F. Duffy, Ph.D., **directora de investigación de atención de calidad, investigación práctica La red**

Lisa M. Countis, **gerente de operaciones de campo, Practice Research Network**

Christopher M. Reynolds, **asistente ejecutivo**

Oficina del Director Médico de la APA

Dr. James H. Scully Jr.
Director Médico y CEO

xvi

Consultores editoriales y de codificación

Michael B. Primero, MD

Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P

Grupos de trabajo del DSM-5

TDAH y trastornos de conducta disruptiva David

Shaffer, MD
Silla

Dr. F. Xavier Castellanos

Copresidente

Paul J. Frick, Ph.D., **Coordinador de texto**

Glorisa Canino, Ph.D.

Terrie E. Moffitt, Ph.D.

Joel T. Nigg, Ph.D.

Luis Augusto Rohde, M.D., Sc.D.

Rosemary Tannock, Ph.D.

Eric A. Taylor, MB

Richard Todd, Ph.D., MD (**m. 2008**)

**Ansiedad, Espectro Obsesivo-Compulsivo, Postraumática y
Trastornos disociativos**

Dra . Katharine A. Phillips
Silla

Michelle G. Craske, Ph.D., **coordinadora de
textos** J. Gavin Andrews, MD

Susan M. Bögels, Doctora en Filosofía.

Matthew J. Friedman, MD, Ph.D.

Eric Hollander, MD (**2007–2009**)

Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S.

Robert S. Pynoos, MD, MPH

Dr. Scott L. Rauch

H. Blair Simpson, MD, Ph.D.

Dr. David Spiegel

Dan J. Stein, MD, Ph.D.

Murray B. Stein, MD

Dr. Robert J. Ursano

Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.

Trastornos de la infancia y la adolescencia

Dr. Daniel S. Pine
Silla

Dr. Ronald E. Dahl

E. Jane Costello, Ph.D. (**2007-2009**)

Regina Smith James, MD

Rachel G. Klein, Ph.D.

Dr. James F. Leckman

Dra. Ellen Leibenluft

Dra. Judith HL Rapoport

Dr. Charles H. Zeanah

**Trastornos de la
alimentación B. Timothy Walsh, MD
*Silla***

Stephen A. Wonderlich, Ph.D., **coordinador de
textos** Evelyn Attia, MD

Anne E. Becker, MD, Ph.D., Sc.M.

Rachel Bryant-Waugh, MD

Hans W. Hoek, MD, Ph.D.

Dr. Richard E. Kreipe

Marsha D. Marcus, Ph.D.

Dr. James E. Mitchell

Ruth H. Striegel-Moore, Ph.D.

G. Terence Wilson, Ph.D.

Barbara E. Wolfe, Ph.D., APRN

xvii

Trastornos del estado de ánimo

**Jan A. Fawcett, MD
*Silla***

Ellen Frank, Ph.D., **coordinadora de**

textos Jules Angst, MD (**2007–2008**)

Dr. William H. Coryell

Dra. Lori L. Davis

Raymond J. DePaulo, MD

Sir David Goldberg, MD

James S. Jackson, Doctor en Filosofía.

Kenneth S. Kendler, MD (**2007–2010**)

Mario Maj, MD, Ph.D.

Husseini K. Manji, MD (**2007–2008**)

Dr. Michael R. Phillips

Trisha Suppes, MD, Ph.D.
Carlos A. Zarate, M.D.

Trastornos neurocognitivos
Dilip V. Jeste, MD (2007–2011)
presidente emérito

Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH
Silla

Ronald C. Petersen, MD, Ph.D.
Copresidente

Mary Ganguli, MD, MPH, **Coordinadora de**
textos Deborah Blacker, MD, Sc.D.
Warachal Faison, MD (**2007–2008**)

Dr. Igor Grant
Dr. Eric J. Lenze

Jane S. Paulsen, Doctora en Filosofía.

Perminder S. Sachdev, MD, Ph.D.

Trastornos del neurodesarrollo
Susan E. Swedo, MD
Silla

Gillian Baird, MA, MB, B.Chr., **Coordinadora de**
textos Edwin H. Cook Jr., MD

Francesca G. Happé, Ph.D.
Dr. James C. Harris
Dr. Walter E. Kaufman
Dr. Bryan H. King

Catherine E. Lord, Doctora en Filosofía.

José Piven, MD
Sally J. Rogers, Ph.D.
Sarah J. Spence, MD, Ph.D.

Rosemary Tannock, Ph.D.

Fred Volkmar, MD (**2007-2009**)

Amy M. Wetherby, Doctora en Filosofía.

Dr. Harry H. Wright

**Personalidad y trastornos de la
personalidad1** Andrew E. Skodol, MD
Silla

Dr. John M. Oldham
Copresidente

Robert F. Krueger, Ph.D., **Texto de
Coordinación** Renato D. Alarcón, MD, MPH

Dr. Carl C. Bell

Donna S. Bender, Doctora en Filosofía.

Lee Anna Clark, Ph.D.

W. John Livesley, MD, Ph.D. (**2007-2012**)

Leslie C. Morey, Ph.D.

Dr. Larry J. Siever

Roel Verheul, Ph.D. (**2008-2012**)

xviii

Trastornos psicóticos
William T. Carpenter Jr., MD
Silla

Deanna M. Barch, Ph.D., **Coordinadora de
textos** Juan R. Bustillo, MD

Dr. Wolfgang Gaebel

Raquel E. Gur, M.D., Ph.D.

Dr. Stephan H. Heckers

Dolores Malaspina, MD, MSPH

Michael J. Owen, MD, Ph.D.

Dra. Susan K. Schultz

Dr. Rajiv Tandon

Ming T. Tsuang, MD, Ph.D.

Dr. Jim van Os

Trastornos de identidad sexual y de género

Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Silla

Lori Brotto, Ph.D., **Coordinadora de**

textos Irving M. Binik, Ph.D.

Ray M. Blanchard, Ph.D.

Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D.

Dr. Jack Drescher

Cynthia A. Graham, Ph.D.

Martín P. Kafka, MD

Dr. Richard B. Krueger

Niklas Langström, MD, Ph.D.

Heino FL Meyer-Bahlburg, Dr. re. por supuesto

Friedemann Pfafflin, MD

Robert Taylor Segraves, MD, Ph.D.

Trastornos del sueño y

la vigilia Charles F. Reynolds III, MD

Silla

Ruth M. O'Hara, Ph.D., **Coordinadora de textos**

Charles M. Morin, Ph.D.

Allan I. Pack, Ph.D.

Kathy P. Parker, Ph.D., Enfermera titulada

Susan Redline, MD, MPH

Dieter Riemann, Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos

Dr. Joel E. Dimsdale
Silla

James L. Levenson, MD, **Coordinador de**

textos Arthur J. Barsky III, MD

Francis Credo, MD

Nancy Frasure-Smith, Doctora en Filosofía. (**2007-2011**)

Dr. Michael R. Irwin

Francis J. Keefe, Ph.D. (**2007-2011**)

Sing Lee, MD

Dr. Michael Sharpe

Lawson R. Wulsin, MD

Trastornos relacionados con sustancias

Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.

Silla

Dr. Thomas J. Crowley

Copresidente

Wilson M. Compton, MD, MPE, **Coordinador de**

textos Marc Auriacombe, MD

Guilherme LG Borges, MD, Dr.Sc.

Kathleen K. Bucholz, Ph.D.

Alan J. Budney, Ph.D.

Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Costo de Thomas R, MD (**2007-2008**)

Dr. Walter Ling

Spero M. Manson, Ph.D. (**2007-2008**)

A. Thomas McLellan, Ph.D. (**2007-2008**)

Nancy M. Petry, Ph.D.

Dr. Marc A. Schuckit

Wim van den Brink, MD, Ph.D. (**2007-2008**)

Grupos de estudio del DSM-5

Espectros de diagnóstico y armonización DSM/

ICD Steven E. Hyman, MD

Presidente (2007-2012)

William T. Carpenter Jr., MD

Wilson M. Compton, MD, MPE

Jan A. Fawcett, MD

Helena C. Kraemer, Ph.D.

Dr. David J. Kupfer

William E. Narrow, MD, MPH

Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.

Dr. John M. Oldham

Dra. Katharine A. Phillips

Darrel A. Regier, MD, MPH

Enfoques de desarrollo de la vida

útil Eric J. Lenze, MD

Silla

Dra . Susan K. Schultz

presidente emérito

Dr. Daniel S. Pine

presidente emérito

Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH

Dr. F. Xavier Castellanos

Wilson M. Compton, MD, MPE

Daniel T. Mamah, MD, MPE

Dr. Andrew E. Skodol II

Dra. Susan E. Swedo

Cuestiones de género y transculturales

Kimberly A. Yonkers, MD
Silla

Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S.
Copresidente, Asuntos Interculturales

Renato D. Alarcón, MD, MPH

Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.

Javier I. Escobar, MD, M.Sc.

Elena Frank, Ph.D.

James S. Jackson, Doctor en Filosofía.

Spero M. Manson, Ph.D. (**2007-2008**)

James P. McNulty, AB, Sc.B.

Leslie C. Morey, Ph.D.

William E. Narrow, MD, MPH

Roger Peele, MD

Philip Wang, MD, Dr. PH (**2007–2012**)

Dr. William M. Womack

Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Interfaz médica general/psiquiátrica

Lawson R. Wulsin, MD
Silla

Dr. Ronald E. Dahl

Dr. Joel E. Dimsdale

Javier I. Escobar, MD, M.Sc.

Dilip V. Jeste, MD (**2007–2011**)

Dr. Walter E. Kaufman

Dr. Richard E. Kreipe

Ronald C. Petersen, MD, Ph.D.

Dr. Charles F. Reynolds III

Robert Taylor Segraves, MD, Ph.D.

Dr. B. Timothy Walsh

xx

Deficiencia y Discapacidad

Jane S. Paulsen, Ph.D.

Silla

J. Gavin Andrews, MD

Glorisa Canino, Ph.D.

Lee Anna Clark, Ph.D.

Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.

Michelle G. Craske, Ph.D.

Hans W. Hoek, MD, Ph.D.

Helena C. Kraemer, Ph.D.

William E. Narrow, MD, MPH

Dr. David Shaffer

Instrumentos de evaluación

diagnóstica Jack D. Burke Jr., MD, MPH

Silla

Lee Anna Clark, Ph.D.

Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.

Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.

Helena C. Kraemer, Ph.D.

William E. Narrow, MD, MPH

Dr. David Shaffer

Grupo de Investigación DSM-5

William E. Narrow, MD, MPH

Silla

Jack D. Burke Jr., MD, MPH

Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.

Helena C. Kraemer, Ph.D.

Dr. David J. Kupfer

Darrel A. Regier, MD, MPH

Dr. David Shaffer

Especificación del curso y glosario

Dr. Wolfgang Gaebel
Silla

Elena Frank, Ph.D.

Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.

Norman Sartorius, MD, Ph.D., **consultora**

Susan K. Schultz, MD

Dan J. Stein, MD, Ph.D.

Eric A. Taylor, MB

Dr. David J. Kupfer

Darrel A. Regier, MD, MPH

1Los miembros del Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad son los responsables del modelo alternativo DSM-5 para los trastornos de la personalidad que se incluye en la Sección III. Los criterios y el texto de los trastornos de la personalidad de la Sección II (con la actualización del texto) se conservan del DSM-IV-TR.

Prefacio al DSM-5-TR

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la

Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición, revisión de texto (DSM 5-TR), es la primera revisión publicada del DSM-5. Este manual revisado integra los criterios de diagnóstico originales publicados del DSM-5 con modificaciones (principalmente para mayor claridad) para más de 70 trastornos, un texto descriptivo completamente actualizado que acompaña a cada uno de los trastornos del DSM basado en revisiones de la literatura desde la publicación del DSM-5, y el adición de un nuevo diagnóstico, trastorno por duelo prolongado y códigos de síntomas para informar comportamientos autolesivos suicidas y no suicidas. Estos cambios difieren del alcance de la revisión anterior del texto, DSM-IV-TR, en la que las actualizaciones se limitaron casi exclusivamente al texto, dejando los criterios de diagnóstico prácticamente sin cambios. Esta edición también integra todas las actualizaciones en línea anteriores realizadas al DSM-5 después de su publicación en 2013, en respuesta al uso, avances científicos específicos y ajustes de codificación ICD-10-CM a través de un proceso de revisión iterativo. En consecuencia, el DSM-5-TR es el producto de tres procesos de revisión separados, cada uno supervisado por grupos de expertos separados (pero superpuestos): el desarrollo de los criterios de diagnóstico originales del DSM-5 y el texto del Grupo de Trabajo del DSM-5, publicado en 2013; actualizaciones de los criterios de diagnóstico y el texto del DSM-5 por parte del Comité Directivo del DSM, que ha supervisado el proceso iterativo de revisión; y texto totalmente actualizado supervisado por el Sul

La comprensión clínica y de investigación de los trastornos mentales continúa avanzando. Como resultado, la mayoría de los textos sobre trastornos del DSM-5-TR han tenido al menos alguna revisión desde los 9 años desde la publicación original en el DSM-5, y la gran mayoría ha tenido revisiones significativas. Las secciones del texto que se actualizaron más extensamente fueron Prevalencia, Factores de riesgo y pronóstico, Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura, Sexo y géni

Problemas de diagnóstico relacionados, asociación con pensamientos o comportamientos suicidas y comorbilidad. Además, por primera vez en la historia, el texto completo del DSM ha sido revisado y revisado por un Grupo de Trabajo sobre Equidad e Inclusión Etnoracial para garantizar la atención adecuada a los factores de riesgo como la experiencia del racismo y la discriminación, así como al uso de -Lenguaje estigmatizante. Para la futura codificación periódica del DSM-5-TR y otras actualizaciones, consulte www.dsm5.org.

Para beneficio de la referencia en este manual, "DSM" generalmente se refiere a DSM como una entidad, sin especificar una edición en particular (por ejemplo, "Se necesita capacitación clínica y experiencia para usar DSM para determinar un diagnóstico clínico"). "DSM-5" se refiere al conjunto completo de conjuntos de criterios, trastornos, otras afecciones y contenido aprobados actualmente publicados oficialmente en mayo de 2013. "DSM-5-TR" se refiere al texto aprobado en este volumen actual. Aunque el alcance de la revisión del texto no incluyó cambios conceptuales a los conjuntos de criterios o a otras construcciones del DSM-5, la necesidad de realizar cambios en ciertos conjuntos de criterios de diagnóstico con el fin de aclarar se hizo evidente junto con las actualizaciones de texto realizadas en todo el libro. Debido a que la construcción conceptual de los criterios no ha cambiado, los conjuntos de criterios del DSM-5-TR que tuvieron su origen en el DSM-5 todavía se denominan "criterios del DSM-5". La nueva entidad diagnóstica del trastorno por duelo prolongado se denomina trastorno DSM 5-TR, debido a su inclusión en este volumen.

El desarrollo del DSM-5-TR fue un tremendo esfuerzo de equipo. Estamos especialmente en deuda con los esfuerzos incansables de Wilson M. Compton, MD, MPE, y Daniel S. Pine, MD, como vicepresidentes del subcomité de revisión de texto del DSM-5, así como con los más de 200 expertos de todo nuestro campo que la parte del león del trabajo en la preparación de la revisión del texto. También nos gustaría agradecer a Paul Appelbaum, MD, Presidente de la Dirección de DSM

XXII

Comité, junto con todo el Comité Directivo del DSM, por su cuidadosa revisión del texto y las aclaraciones de criterios, y por hacer otras sugerencias útiles. Agradecemos especialmente a Ann M. Eng, editora gerente del DSM, por su oportuna conducción del proceso de desarrollo del DSM-5-TR desde la planificación hasta su finalización y por su meticulosa atención a los detalles, todo lo cual es fundamental para el éxito de esta revisión. Estamos agradecidos por el valioso

contribuciones y ayuda de Nitin Gogtay, MD, Jefe de la División de Investigación de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y Director Médico Adjunto; Diana E. Clarke, Ph.D., Directora General de Investigación y Estadística/Epidemióloga Principal de Investigación; y Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc., gerente senior de operaciones de DSM y asociada de investigación. Estamos agradecidos por el liderazgo de John McDuffie, editor, American Psychiatric Association Publishing, y el trabajo del siguiente personal editorial y de producción de American Psychiatric Association Publishing para llevar a buen término este importante trabajo: Greg Kuny, editor gerente, libros; Tammy Cordova, Gerente de Diseño Gráfico; Andrew Wilson, Director de Producción; Judy Castagna, Subdirectora de Servicios de Producción; Erika Parker, editora de adquisiciones; Alisa Riccardi, Editora Senior, Libros; y Carrie Y. Farnham, editora senior de Libros. Finalmente, también reconocemos con aprecio a Saul Levin, MD, MPA, director ejecutivo y director médico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, por su defensa y apoyo a esta revisión integral del texto.

Michael B. Primero, MD

Copresidente del subcomité de revisión y editor del DSM-5-TR ***Philip***

Wang, MD, Dr.PH

Copresidente del Subcomité de Revisión

5 de noviembre de 2021

Prefacio al DSM-5

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación [Estadounidense de Psiquiatría](#) es una clasificación de los trastornos mentales con criterios asociados diseñados para facilitar diagnósticos más confiables de estos trastornos. Con ediciones sucesivas durante los últimos 60 años, se ha convertido en un referente estándar para la práctica clínica en el campo de la salud mental. Dado que no es posible una descripción completa de los procesos patológicos subyacentes para la mayoría de los trastornos mentales, es importante enfatizar que los criterios de diagnóstico actuales son la mejor descripción disponible de cómo se expresan los trastornos mentales y cómo pueden ser reconocidos por médicos capacitados. El DSM pretende servir como una guía práctica, funcional y flexible para organizar información que pueda ayudar en el diagnóstico y tratamiento precisos de los trastornos mentales. Es una herramienta para médicos, un recurso educativo esencial para estudiantes y profesionales, y una referencia para investigadores en el campo.

Aunque esta edición del DSM fue diseñada ante todo para ser una guía útil para la práctica clínica, como nomenclatura oficial debe ser aplicable en una amplia diversidad de contextos. El DSM ha sido utilizado por clínicos e investigadores de diferentes orientaciones (biológica, psicodinámica, cognitiva, conductual, interpersonal, familiar/sistémica), todos los cuales luchan por un lenguaje común para comunicar las características esenciales de los trastornos mentales que presentan sus pacientes. La información es valiosa para todos los profesionales asociados con varios aspectos de la atención de la salud mental, incluidos psiquiatras, otros médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, consejeros, especialistas forenses y legales, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación y otros profesionales de la salud. Los criterios son concisos y explícitos y están destinados a facilitar una evaluación objetiva de las presentaciones de síntomas en una variedad de entornos clínicos: pacientes hospitalizados,

ambulatorio, hospital parcial, consulta-enlace, clínica, práctica privada y atención primaria, así como en estudios epidemiológicos comunitarios generales de trastornos mentales. El DSM-5 también es una herramienta para recopilar y comunicar estadísticas precisas de salud pública sobre las tasas de morbilidad y mortalidad de los trastornos mentales. Finalmente, los criterios y el texto correspondiente sirven como libro de texto para los estudiantes que se inician en su profesión y que necesitan una forma estructurada de comprender y diagnosticar los trastornos mentales, así como para los profesionales experimentados que se encuentran con trastornos raros por primera vez. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles entre sí.

Estas diversas necesidades e intereses se tuvieron en cuenta al planificar el DSM-5.

La clasificación de los trastornos está armonizada con la ***Clasificación Internacional de Enfermedades*** (ICD) de la Organización Mundial de la Salud, el sistema de codificación oficial utilizado en los Estados Unidos, de modo que los criterios del DSM definen los trastornos identificados por los nombres de diagnóstico y los números de código de la ICD. En el DSM-5, los códigos ICD-9-CM y ICD-10-CM (este último programado para adopción en octubre de 2015) se adjuntan a los trastornos relevantes en la clasificación.

Aunque el DSM-5 sigue siendo una clasificación categórica de trastornos separados, reconocemos que los trastornos mentales no siempre encajan completamente dentro de los límites de un solo trastorno. Algunos dominios de síntomas, como la depresión y la ansiedad, involucran múltiples categorías de diagnóstico y pueden reflejar vulnerabilidades subyacentes comunes para un grupo más grande de trastornos. En reconocimiento de esta realidad, los trastornos incluidos en el DSM-5 se reordenaron en una estructura organizativa revisada destinada a estimular nuevas perspectivas clínicas. Esta nueva estructura se corresponde con la disposición organizativa de los trastornos previstos para la CIE-11 cuyo lanzamiento está previsto para 2015.

Se han introducido otras mejoras para promover la facilidad de uso en todos los entornos:



Representación de problemas de desarrollo relacionados con el diagnóstico. El cambio en la organización de los capítulos refleja mejor un enfoque de toda la vida, con trastornos diagnosticados con mayor frecuencia en la infancia (p. ej., trastornos del neurodesarrollo) al comienzo del manual y trastornos más aplicables a la edad adulta (p. ej., trastornos neurocognitivos) al final del ma-

Además, dentro del texto, los subtítulos sobre el desarrollo y el curso brindan descripciones de cómo las presentaciones del trastorno pueden cambiar a lo largo de la vida. Los factores relacionados con la edad específicos para el diagnóstico (p. ej., presentación de síntomas y diferencias de prevalencia en ciertos grupos de edad) también se incluyen en el texto. Para mayor énfasis, estos factores relacionados con la edad se agregaron a los propios criterios cuando correspondía (p. ej., en los conjuntos de criterios para el trastorno de insomnio y el trastorno de estrés postraumático, los criterios específicos describen cómo se pueden expresar los síntomas en los niños). Asimismo, las cuestiones culturales y de género se han integrado en los trastornos en los casos aplicables.

- **Integración de los hallazgos científicos de las últimas investigaciones en genética y neuroimagen.**

La estructura revisada del capítulo fue informada por investigaciones recientes en neurociencia y por vínculos genéticos emergentes entre grupos de diagnóstico. Los factores de riesgo genéticos y fisiológicos, los indicadores de pronóstico y algunos marcadores de diagnóstico putativos se destacan en el texto. Esta nueva estructura debería mejorar la capacidad de los médicos para identificar diagnósticos en un espectro de trastornos basados en neurocircuitos comunes, vulnerabilidad genética y exposiciones ambientales.

- **Consolidación del trastorno autista, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo en el trastorno del espectro autista.** Los síntomas de estos trastornos representan un único continuo de deficiencias leves a graves en los dos dominios de la comunicación social y comportamientos/intereses repetitivos restrictivos en lugar de ser trastornos distintos. Este cambio está diseñado para mejorar la sensibilidad y especificidad de los criterios para el diagnóstico del trastorno del espectro autista y para identificar objetivos de tratamiento más enfocados para las deficiencias específicas. identificado.

- **Clasificación simplificada de los trastornos bipolares y depresivos.** Los trastornos bipolares y depresivos son las condiciones más comúnmente diagnosticadas en psiquiatría. Por lo tanto, era importante optimizar la presentación de estos trastornos para mejorar el uso clínico y educativo.

En lugar de separar la definición de episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos mayores de la definición de trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno depresivo mayor como en la edición anterior, incluimos todos los criterios componentes dentro de los criterios respectivos para cada trastorno. . Este enfoque facilitará el diagnóstico y el tratamiento a pie de cama de estos importantes trastornos. Del mismo modo, las notas explicativas para diferenciar el duelo y el trastorno depresivo mayor proporcionarán una orientación clínica mucho mayor que la proporcionada anteriormente en el criterio de exclusión de duelo simple. Los nuevos especificadores de angustia ansiosa y características mixtas ahora se describen completamente en la narrativa sobre variaciones de especificadores que acompaña a los criterios para estos trastornos.

- **Reestructuración de los trastornos por uso de sustancias para lograr consistencia y claridad.** Las categorías de abuso de sustancias y dependencia de sustancias se eliminaron y se reemplazaron por una nueva categoría general de trastornos por uso de sustancias, en la que la sustancia específica utilizada define

los trastornos específicos. "Dependencia" se ha confundido fácilmente con el término "adicción" cuando, de hecho, la tolerancia y la abstinencia que antes definían la dependencia son en realidad respuestas muy normales a los medicamentos prescritos que afectan el sistema nervioso central y no necesariamente indican la presencia de una adicción. . Al revisar y aclarar estos criterios en el DSM-5, esperamos aliviar algunos de los malentendidos generalizados sobre estos temas.

- **Especificidad mejorada para trastornos neurocognitivos mayores y leves.** Dada la explosión de la neurociencia, la neuropsicología y las imágenes cerebrales en los últimos 20 años, era fundamental transmitir el estado actual del arte en el diagnóstico de tipos específicos de trastornos que anteriormente se denominaban "demencias" o enfermedades orgánicas del cerebro. Marcadores biológicos identificados por imágenes para trastornos cerebrales vasculares y traumáticos y

xiv

Los hallazgos genéticos moleculares específicos para variantes raras de la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Huntington han avanzado mucho en los diagnósticos clínicos, y estos trastornos y otros ahora se han separado en subtipos específicos.

- **Transición en la conceptualización de los trastornos de personalidad.** Aunque en ediciones anteriores se han identificado los beneficios de un enfoque más dimensional de los trastornos de personalidad, la transición de un sistema de diagnóstico categórico de trastornos individuales a uno basado en la distribución relativa de los rasgos de personalidad no ha sido ampliamente aceptada. En el DSM-5, los trastornos categóricos de la personalidad prácticamente no han cambiado con respecto a la edición anterior. Sin embargo, se ha propuesto un modelo "híbrido" alternativo en la Sección III para guiar la investigación futura que separa las evaluaciones del funcionamiento interpersonal y la expresión de rasgos patológicos de personalidad para seis trastornos específicos. También se propone un perfil más dimensional de expresión de rasgos de personalidad para un enfoque específico de rasgos.
- **Sección III: nuevos trastornos y características.** Se agregó una nueva sección (Sección III) para resaltar los trastornos que requieren más estudio pero que no están lo suficientemente bien establecidos para ser parte de la clasificación oficial de trastornos mentales para uso clínico rutinario. Medidas dimensionales de la gravedad de los síntomas en 13 dominios de síntomas también se han incorporado para permitir la medición de los niveles de síntomas de diversa gravedad en todos los grupos de diagnóstico. Asimismo, se ha facilitado a reemplazar la escala más limitada de Evaluación Global del Funcionamiento. Esperamos que a medida que estas medidas se implementen con el tiempo, proporcionen una mayor precisión y flexibilidad en la

descripción clínica de las presentaciones sintomáticas individuales y la discapacidad asociada durante las evaluaciones de diagnóstico.

- **Mejoras en línea.** DSM-5 presenta información complementaria en línea. Las medidas adicionales transversales y de diagnóstico de gravedad están disponibles en línea (www.psychiatry.org/dsm5), vinculados a los trastornos correspondientes. Además, la Entrevista de formulación cultural, la Entrevista de formulación cultural—Versión para informantes y los módulos complementarios a la Entrevista de formulación cultural central también se incluyen en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

Estas innovaciones fueron diseñadas por las principales autoridades en trastornos mentales del mundo y se implementaron sobre la base de su revisión de expertos, comentarios públicos y revisión por pares independientes. Los 13 grupos de trabajo, bajo la dirección del Grupo de trabajo del DSM-5, junto con otros órganos de revisión y, eventualmente, la Junta de fideicomisarios de la APA, representan colectivamente la experiencia global de la especialidad. Este esfuerzo fue apoyado por una amplia base de asesores y por el personal profesional de la División de Investigación de la APA; los nombres de todos los involucrados son demasiado numerosos para mencionarlos aquí, pero se enumeran en el Apéndice. Debemos un enorme agradecimiento a quienes dedicaron incontables horas y su valiosa experiencia a este esfuerzo por mejorar el diagnóstico de los trastornos mentales.

Nos gustaría agradecer especialmente a los presidentes, coordinadores de textos y miembros de los 13 grupos de trabajo, enumerados al principio del manual, que dedicaron muchas horas a este esfuerzo voluntario para mejorar la base científica de la práctica clínica durante un período sostenido de 6 años. período. Susan K. Schultz, MD, quien se desempeñó como editora de texto, trabajó incansablemente con Emily A. Kuhl, Ph.D., escritora científica principal y editora de texto del personal del DSM-5, para coordinar los esfuerzos de los grupos de trabajo en un todo cohesivo. William E. Narrow, MD, MPH, dirigió el grupo de investigación que desarrolló la estrategia de investigación general para el DSM-5, incluidas las pruebas de campo, que mejoraron en gran medida la base de evidencia para esta revisión. Además, agradecemos a quienes dedicaron tanto tiempo a la revisión independiente de las propuestas de revisión, incluidos Kenneth S. Kendler, MD y Robert Freedman, MD, copresidentes del Comité de Revisión Científica; John S. McIntyre, MD, y Joel Yager, MD, copresidentes del Comité Clínico y de Salud Pública; y Glenn Martin, MD, presidente de la Asamblea de la APA

proceso de revisión. Un agradecimiento especial a Helena C. Kraemer, Ph.D., por su consulta estadística experta; Michael B. First, MD, por su valioso aporte en la codificación y revisión de criterios; y Paul S. Appelbaum, MD, por sus comentarios sobre cuestiones forenses. Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P, también ayudó a verificar toda la codificación ICD. El Summit Group, que incluía a estos consultores, los presidentes de todos los grupos de revisión, los presidentes de los grupos de trabajo y los funcionarios ejecutivos de la APA, presidido por Dilip V. Jeste, MD, brindó liderazgo y visión para ayudar a lograr el compromiso y el consenso.

Este nivel de compromiso ha contribuido al equilibrio y la objetividad que creemos que son los sellos distintivos del DSM-5.

Deseamos reconocer especialmente al destacado personal de la División de Investigación de la APA, identificado en la lista de grupos de trabajo y grupos de trabajo al principio de este manual, que trabajó incansablemente para interactuar con el grupo de trabajo, los grupos de trabajo, los asesores y los revisores para resolver problemas, servir como enlace entre los grupos, dirigir y administrar los ensayos de campo académicos y de práctica clínica de rutina, y registrar las decisiones en este importante proceso. En particular, agradecemos el apoyo y la orientación brindados por James H.

Scully Jr., MD, directora médica y directora ejecutiva de la APA, a través de los años y las tribulaciones del proceso de desarrollo. Finalmente, agradecemos al personal editorial y de producción de American Psychiatric Publishing—específicamente, Rebecca Rinehart, editora; John McDuffie, director editorial; Ann Eng, editora senior; Greg Kuny, editor gerente; y Tammy Cordova, gerente de diseño gráfico, por su orientación para reunir todo esto y crear el producto final. Es la culminación de los esfuerzos de muchas personas talentosas que dedicaron su tiempo, experiencia y pasión para hacer posible el DSM-5.

Dr. David J. Kupfer

Presidente del grupo de trabajo

del DSM-5 ***Darrel A. Regier, MD, MPH***

Vicepresidente del grupo de trabajo del

DSM-5 19 de diciembre de 2012

Clasificación DSM-5-TR

Antes de cada nombre de trastorno, se proporcionan los códigos ICD-10-CM. Las líneas en blanco indican que el código ICD-10-CM depende del subtipo, especificador o clase de sustancia aplicable. Para conocer la codificación periódica del DSM-5-TR y otras actualizaciones, consulte www.dsm5.org.

Después de los títulos de los capítulos y los nombres de los trastornos, los números de página del texto o criterio correspondiente se incluyen entre paréntesis.

Nota para todos los trastornos mentales debidos a otra afección médica: inserte el nombre de la afección médica etiológica dentro del nombre del trastorno mental debido a [la afección médica]. El código y el nombre de la afección médica etiológica deben figurar en primer lugar inmediatamente antes del trastorno mental debido a la afección médica.

Trastornos del neurodesarrollo (35)

Trastornos del desarrollo intelectual (37)

—.— Trastorno del Desarrollo Intelectual (Discapacidad Intelectual) (37)

Especifique la gravedad actual:

F70 Templado

F71 Moderado

F72 Severo

F73 Profundo

F88 Retraso en el desarrollo global (46)

F79 Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (discapacidad intelectual) (46)

Trastornos de la comunicación (46)

Trastornos del neurodesarrollo (35)

- F80.2** Trastorno del lenguaje (47)
- F80.0** Trastorno del sonido del habla (50)
- F80.81** Trastorno de fluidez de inicio en la niñez (tartamudeo) (51)
Nota: Los casos de inicio tardío se diagnostican como trastorno de fluidez de inicio en adultos F98.5.
- F80.82** Trastorno de la comunicación social (pragmática) (54)
- F80.9** Trastorno de la comunicación no especificado (56)

xviii

Trastorno del espectro autista (56)

- F84.0** Trastorno del espectro autista (56)
Especifique la gravedad actual: Requiere apoyo muy sustancial, Requiere apoyo sustancial, requiriendo apoyo
Especifique si: Con o sin deterioro intelectual acompañante, Con o sin deterioro del lenguaje acompañante **Especifique** si: Asociado con una condición genética u otra condición médica conocida o factor ambiental (**Nota de codificación:** Use código adicional para identificar la condición genética u otra condición médica asociada); Asociado con un problema del neurodesarrollo, mental o conductual **Especifique** si: Con catatonia (utilice el código adicional F06.1)

Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (68)

- .— Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (68)
Especificar si: En remisión parcial
Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave
Especifique si:
F90.2 Presentación combinada
F90.0 Presentación predominantemente desatenta
F90.1 Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva
F90.8 Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado (76)
F90.9 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado (76)

Trastorno Específico del Aprendizaje (76)

- .— Trastorno Específico del Aprendizaje (76)
Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Trastornos del neurodesarrollo (35)

Especificar si:

- F81.0** Con deficiencia en lectura (especificar si con palabra precisión de lectura, velocidad o fluidez de lectura, comprensión de lectura)
- F81.81** Con deficiencia en la expresión escrita (especificar si con precisión ortográfica, precisión gramatical y de puntuación, claridad u organización de la expresión escrita)
- F81.2** Con deficiencia en matemáticas (especifique si tiene sentido numérico, memorización de hechos aritméticos, cálculo preciso o fluido, razonamiento matemático preciso)

Trastornos motores (85)

- F82** Trastorno del desarrollo de la coordinación (85)

- F98.4** Trastorno de movimientos estereotipados (89)

Especificar si: Con comportamiento auto agresivo, Sin comportamiento auto agresivo

Especifique si: Asociado con una condición genética u otra condición médica conocida, trastorno del neurodesarrollo o factor ambiental

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Trastornos de tics

- F95.2** Trastorno de Tourette (93)

- F95.1** Trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales (93)

Especificar si: Solo con tics motores, Solo con tics vocales

xxix

- F95.0** Trastorno de tic provisional (93)

- F95.8** Otro trastorno de tics especificado (98)

- F95.9** Trastorno de tics no especificado (98)

Otros trastornos del neurodesarrollo (99)

- F88** Otro trastorno especificado del neurodesarrollo (99)

- F89** Trastorno del neurodesarrollo no especificado (99)

Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (101)

Los siguientes especificadores se aplican al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos donde indicado:

aEspecifique si: Los siguientes especificadores de curso solo se deben usar después de 1 año de duración del trastorno: Primer episodio, actualmente en episodio agudo; Primer episodio, actualmente en remisión parcial; Primer episodio, actualmente en remisión completa; Múltiples episodios, actualmente en episodio agudo; Múltiples episodios, actualmente en remisión parcial; Múltiples episodios, actualmente en remisión completa; Continuo; Sin especificar

bEspecifique si: Con catatonia (utilice el código adicional F06.1) **cEspecifique** la gravedad actual de los delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos, alteración de la cognición, depresión y síntomas de manía **F21**

Trastorno esquizotípico (personalidad) (104)

F22

Trastorno delirante,a,c (104)

Especifique si: tipo erotomaníaco, tipo grandioso, tipo celoso, tipo persecutorio, tipo somático, tipo mixto, tipo no especificado

Especificificar si: Con contenido extraño

F23

Trastorno psicótico breveb,c (108)

Especificificar si: Con estresor(es) marcado(s), Sin estresor(es) marcado(s), Con inicio periparto

F20.81

Trastorno esquizofreniformeb,c (111)

Especificificar si: Con buenas características de pronóstico, Sin buenas características de pronóstico

F20.9

Esquizofreniaa,b,c (113)

—.— Trastorno esquizaafectivoa,b,c (121)

Especifique si:

F25.0

tipo bipolar

F25.1

tipo depresivo

—.— Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentosc (126)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el trastorno psicótico específico inducido por sustancias/medicamentos. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si hay o no un

Trastorno comórbido por uso de sustancias presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias.

Especificificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos

XXX

—.— Trastorno psicótico debido a otra condición médica (131)

Especifique si:

F06.2

con delirios

F06.0

con alucinaciones

F06.1

Catatonía asociada con otro trastorno mental (Especificador de catatonía) (135)

F06.1

Trastorno catatónico debido a otra condición médica (136)

F06.1

Catatonía no especificada (137)

Nota: Codifique primero R29.818 otros síntomas que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético.

F28

Otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico (138)

F29

Espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (138)

Trastornos bipolares y relacionados (139)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos bipolares y relacionados donde se

indica: **aEspecifique:** con angustia ansiosa (*especifique* la gravedad actual: leve, moderada, moderada-grave, grave);

Con características mixtas; Con ciclado rápido; Con rasgos melancólicos; Con rasgos atípicos; Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo; Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo; Con catatonía (utilice el código adicional F06.1); Con inicio periparto; Con estampado de temporada

bEspecifique: Con angustia ansiosa (*especifique* la gravedad actual: leve, moderada, moderada-grave, grave);

Con características mixtas; Con ciclado rápido; Con inicio periparto; Con estampado de temporada

—.—

Trastorno bipolar la (139)

—.—

Episodio maníaco actual o más reciente

F31.11

Templado

F31.12

Moderado

F31.13

Severo

F31.2

Con rasgos psicóticos

F31.73

En remisión parcial

F31.74

En remisión completa

F31.9

sin especificar

F31.0	Episodio actual o más reciente de hipomanía
F31.71	En remisión parcial
F31.72	En remisión completa
F31.9	sin especificar
—.—	Episodio actual o más reciente de depresión
F31.31	Templado
F31.32	Moderado
F31.4	Severo
F31.5	Con rasgos psicóticos
F31.75	En remisión parcial
F31.76	En remisión completa
F31.9	sin especificar
F31.9	Episodio actual o más reciente no especificado

xxi

F31.81 Trastorno Bipolar II ([150](#))

Especifique el episodio actual o más reciente: Hypomanicb , Depresseda

Especifique el curso si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: en parte remisión, en remisión completa

Especifique la gravedad si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor:
Leve, Moderado, Severo

F34.0 Trastorno ciclotímico ([159](#))

Especificar si: Con angustia ansiosa (**especificar** gravedad actual: leve, moderada, moderado-severo, severo)

—.— Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos ([162](#))

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el trastorno bipolar y relacionado específico inducido por sustancias/medicamentos. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si hay o no un Trastorno comórbido por uso de sustancias presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos

—.— Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica (166)

Especificar si:

F06.33 Con características maníacas

F06.33 Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco

F06.34 Con rasgos mixtos

F31.89 Otro trastorno bipolar especificado y relacionado (168)

F31.9 Trastorno bipolar y relacionado no especificado (169)

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado (169)

Trastornos Depresivos (177)

F34.81 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (178)

—.— Trastorno Depresivo Mayor (183)

Especifique: Con angustia ansiosa (*especifique* la gravedad actual: leve, moderada, moderado-severo, severo); Con características mixtas; Con rasgos melancólicos; Con rasgos atípicos; Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo; Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo; Con catatonia (utilice el código adicional F06.1); Con inicio periparto; Con patrón estacional Episodio único

—.— **F32.0** Templado

F32.1 Moderado

F32.2 Severo

F32.3 Con rasgos psicóticos

F32.4 En remisión parcial

F32.5 En remisión completa

F32.9 sin especificar

F33.0	Templado
F33.1	Moderado
F33.2	Severo
F33.3	Con rasgos psicóticos
F33.41	En remisión parcial
F33.42	En remisión completa
F33.9	sin especificar
F34.1	Trastorno Depresivo Persistente (193) <i>Especifique:</i> Con angustia ansiosa (<i>especifique</i> la gravedad actual: leve, moderada, moderado-severo, severo); Con rasgos atípicos <i>Especificar si:</i> En remisión parcial, En remisión total <i>Especificar si:</i> Inicio temprano, Inicio tardío <i>Especificar si:</i> Con síndrome distímico puro; Con episodio depresivo mayor persistente; Con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio actual; Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio actual <i>Especifique</i> la gravedad actual: leve, moderada, grave
F32.81	Trastorno disfórico premenstrual (197) —.— Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos (201) Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos específico. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información. Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si hay o no un Trastorno comórbido por uso de sustancias presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias. <i>Especificar si:</i> Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos —.— Trastorno depresivo debido a otra afección médica (206) <i>Especificar si:</i>
F06.31	Con rasgos depresivos
F06.32	Con episodio de tipo depresivo mayor
F06.34	Con rasgos mixtos
F32.89	Otro trastorno depresivo especificado (209)
F32.A	Trastorno depresivo no especificado (210)
F39	Trastorno del estado de ánimo no especificado (210)

Trastornos de ansiedad (215)

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación (217)

F94.0 Mutismo selectivo (222)

—. — Fobia Específica (224)

Especificar si:

F40.218 Animal

F40.228 Entorno natural

—. — Sangre-inyección-lesión

xxxii

F40.230 Miedo a la sangre

F40.231 Miedo a las inyecciones y transfusiones.

F40.232 Miedo a otros cuidados médicos

F40.233 Miedo a lastimarse

F40.248 situacional

F40.298 Otro

F40.10 Trastorno de Ansiedad Social (229)

Especificar si: Solo rendimiento

F41.0 Trastorno de pánico (235)

—. — Especificador de ataque de pánico (242)

F40.00 Agorafobia (246)

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada (250)

—. — Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos (255)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el trastorno de ansiedad

inducido por sustancias/medicamentos específico. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si hay o no un Trastorno comórbido por uso de sustancias presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica (258)

F41.8 Otro trastorno de ansiedad especificado (261)

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado (261)

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (263)

El siguiente especificador se aplica a los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados cuando se indica: **aEspecifique** si:

Con introspección buena o regular, Con introspección deficiente, Con introspección ausente/creencias delirantes **F42.2**

Trastorno obsesivo-compulsivoa (265)

Especificar si: Relacionado con tic

F45.22 Trastorno dismórfico corporala (271)

Especificar si: Con dismorfia muscular

F42.3 Trastorno por acumulacióna (277)

Especificar si: Con adquisición excesiva

F63.3 Tricotilomanía (Trastorno de Arrancarse el Cabello) (281)

F42.4 Trastorno de excoriación (picadura de la piel) (284)

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos
(287)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado específico inducido por sustancias/medicamentos. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos

F06.8 Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica
(291)

Especificar si: Con síntomas similares al trastorno obsesivo-compulsivo, Con Preocupaciones por la apariencia, Con síntomas de acaparamiento, Con síntomas de jalarse el cabello, Con síntomas de rascarse la piel

F42.8 Otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y relacionado (293)

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado no especificado (294)

Trastornos relacionados con traumas y factores estresantes (295)

F94.1 Trastorno de apego reactivo (295)

Especificar si: Persistente

Especifique la gravedad actual: Grave

F94.2 Trastorno de compromiso social desinhibido (298)

Especificar si: Persistente

Especifique la gravedad actual: Grave

F43.10 Trastorno de estrés postraumático (301)

Especificar si: Con síntomas disociativos

Especificar si: Con expresión retardada

_____ Trastorno de estrés postraumático en personas mayores de 6 Años (301)

_____ Trastorno de estrés postraumático en niños de 6 años y más joven (303)

F43.0 Trastorno de estrés agudo (313)

_____ Trastornos adaptativos (319)

Especificar si: Aguda, Persistente (crónica)

Especifique si:

F43.21 Con estado de ánimo deprimido

F43.22 con ansiedad

F43.23 Con ansiedad mixta y estado de ánimo depresivo.

F43.24 Con alteración de la conducta

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y la conducta.

- F43.20** sin especificar
- F43.8** Trastorno de duelo prolongado (322)
- F43.8** Otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés (327)
- F43.9** Trastorno relacionado con el trauma y el estrés no especificado (328)

Trastornos disociativos (329)

- F44.81** Trastorno de identidad disociativo (330)
- F44.0** Amnesia disociativa (337)

XXXV

Especificar si:

- F44.1** Con fuga disociativa
- F48.1** Trastorno de despersonalización/desrealización (343)
- F44.89** Otro trastorno disociativo especificado (347)
- F44.9** Trastorno disociativo no especificado (348)

Síntomas somáticos y trastornos relacionados (349)

- F45.1** Trastorno de síntomas somáticos (351)
- Especificar si:* Con dolor predominante
- Especificar si:* Persistente
- Especifique* la gravedad actual: leve, moderada, grave
- F45.21** Trastorno de ansiedad por enfermedad (357)
- Especifique si:* Tipo de búsqueda de atención, Tipo de evitación de atención
- .—
- Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) (360)
- Especificar si:* Episodio agudo, Persistente
- Especificar si:* Con estresor psicológico (especificar estresor), Sin estresor psicológico estresante
- Especifique* el tipo de síntoma:
- F44.4** Con debilidad o parálisis

F44.4	Con movimiento anormal
F44.4	Con síntomas de deglución
F44.4	Con síntoma de habla
F44.5	Con ataques o convulsiones
F44.6	Con anestesia o pérdida sensorial
F44.6	Con síntoma sensorial especial
F44.7	Con síntomas mixtos
F54	Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas (364) <i>Especifique</i> la gravedad actual: leve, moderada, grave, extrema _____. Trastorno facticio (367) <i>Especificar:</i> episodio único, episodios recurrentes
F68.10	Trastorno facticio impuesto a uno mismo
F68.A	Trastorno facticio impuesto a otro
F45.8	Otro síntoma somático especificado y trastorno relacionado (370)
F45.9	Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado (370)

Trastornos de la alimentación y la alimentación (371)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos alimentarios y de la alimentación donde

se indica: **a***Especifique* si: En remisión **b***Especifique* si: En remisión parcial, En remisión total

c*Especifique* la gravedad actual: Leve, Moderado, Severo, Extremo

_____. F98.3	Pica (371) En niños
F50.89	En adultos

F98.21	Trastorno de rumiación (374)
F50.82	Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentosa (376)

Anorexia nerviosa,b,c (381)

Especifique si:

- F50.01** Tipo de restricción
F50.02 Tipo atracones/purgas
F50.2 Bulimia nerviosa,b,c (387)
F50.81 Trastorno por atracónb,c (392)
F50.89 Otro trastorno alimentario o de la alimentación especificado (396)
F50.9 Trastorno alimentario o de alimentación no especificado (397)

Trastornos de eliminación (399)

- F98.0** Enuresis (399)
Especifique si: Solo nocturno, Solo diurno, Nocturno y diurno
F98.1 Encopresis (402)
Especificar si: Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, Sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
Otro trastorno de eliminación especificado (405)
N39,498 Con síntomas urinarios
R15.9 Con síntomas fecales
Trastorno de eliminación no especificado (405)
R32 Con síntomas urinarios
R15.9 Con síntomas fecales

Trastornos del sueño-vigilia (407)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos del sueño y la vigilia cuando se indica:

*a***Especifique si:** Episódico, Persistente, Recurrente *b***Especifique si:** Agudo, Subagudo, Persistente *c***Especifique la gravedad actual:** Leve, Moderado, Grave **F51.01**

Trastorno de insomnio (409)

Especificar si: Con trastorno mental, Con condición médica, Con otro sueño trastorno

F51.11 Trastorno de hipersomnolenciab,c (417)

Especificar si: Con trastorno mental, Con condición médica, Con otro sueño trastorno

—.— Narcolepsico (422)

Especifique si:

G47.411 Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina (tipo 1)

G47.419 Narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida (tipo 2)

xxxvii

G47.421 Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina debido a una condición médica

G47.429 Narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina debido a una condición médica

Trastornos del sueño relacionados con la respiración (429)

G47.33 Apnea obstructiva del sueño hipopnea (429)

—.— Apnea central del sueño (435)

Especificar la gravedad actual

Especifique si:

G47.31 Apnea central del sueño idiopática

R06.3 Respiración de Cheyne-Stokes

G47.37 Apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides

Nota: Primero codifique el trastorno por uso de opioides, si está presente.

—.— Hipoventilación relacionada con el sueño (439)

Especificar la gravedad actual

Especifique si:

G47.34 Hipoventilación idiopática

G47.35 Hipoventilación alveolar central congénita

G47.36 Hipovenilación relacionada con el sueño comórbida

—. Trastornos del sueño-vigilia del ritmo circadiano (443)

Especifique si:

G47.21 Tipo de fase de sueño retrasada (444)

Especifique si: familiar, superpuesto con el tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas

G47.22 Tipo de fase de sueño avanzado (446)

Especificar si: Familiar

G47.23 Tipo sueño-vigilia irregular (447)

G47.24 Tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas (448)

G47.26 Tipo de trabajo por turnos (450)

G47.20 tipo no especificado

Parasomnias (451)

—. Trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos (452)

Especifique si:

F51.3 tipo de sonambulismo

Especificar si: Con alimentación relacionada con el sueño, Con conducta sexual relacionada con el sueño (sexsomnia)

F51.4 Tipo de terror del sueño

F51.5 Trastorno de pesadilla,b,c (457)

Especificar si: Durante el inicio del sueño

Especificar si: Con trastorno mental, Con condición médica, Con otro sueño trastorno

G47.52 Trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos (461)

G25.81 Síndrome de piernas inquietas (464)

—.— Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos (468)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el trastorno del sueño específico inducido por sustancias/medicamentos. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si hay o no un Trastorno comórbido por uso de sustancias presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias.

Especifique si: Tipo de insomnio, Tipo de somnolencia diurna, Tipo de parasomnia, tipo mixto

Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos

G47.09 Otro trastorno de insomnio especificado (475)

G47.00 Trastorno de insomnio no especificado (475)

G47.19 Otro trastorno de hipersomnolencia especificado (475)

G47.10 Trastorno de hipersomnolencia no especificado (476)

G47.8 Otro trastorno específico del sueño-vigilia (476)

G47.9 Trastorno de sueño-vigilia no especificado (476)

Disfunciones Sexuales (477)

Los siguientes especificadores se aplican a las disfunciones sexuales cuando se indica:

a*Especifique* si: De por vida, Adquirido **b***Especifique* si: Generalizado, Situacional

c*Especifique* la gravedad actual: Leve, Moderado, Severo **F52.32**

Eyaculación retardadaa,b,c (478)

F52.21 Trastorno eréctila,b,c (481)

F52.31 Trastorno orgásmico femeninoa,b,c (485)

Especificar si: Nunca experimentó un orgasmo bajo ninguna situación

F52.22 Trastorno de interés/excitación sexual femeninaa,b,c (489)

F52.6 Trastorno de penetración/dolor genito-pélvicoa,c (493)

F52.0 Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculinoa,b,c (498)

F52.4 Eyaculación precoz (temprana)a,b,c (501)

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentosc (504)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para la disfunción sexual específica inducida por sustancias/medicamentos. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si hay o no un Trastorno comórbido por uso de sustancias presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos

F52.8 Otra disfunción sexual especificada (509)

F52.9 Disfunción sexual no especificada (509)

xxxix

Disforia de género (511)

El siguiente especificador y nota se aplican a la disforia de género donde se indica: **aEspecifique** si: Con un trastorno/diferencia en el desarrollo sexual **bNota:** Codifique el trastorno/diferencia en el desarrollo sexual si está presente, además de la disforia de género.

—. Disforia de género (512)

F64.2 Disforia de género en niñosa,b

F64.0 Disforia de género en adolescentes y adultosa,b

Especificar si: Postransición

F64.8 Otra disforia de género especificada (520)

F64.9 Disforia de género no especificada (520)

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (521)

F91.3 Trastorno de oposición desafiante (522)

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Trastorno explosivo intermitente (527)

F63.81

—.— Trastorno de conducta (530)
Especificar si: Con emociones prosociales limitadas
Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave
Especifique si:

- F91.1** Tipo de inicio en la infancia
F91.2 Tipo de inicio en la adolescencia
F91.9 Comienzo no especificado
F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (537)
F63.1 Piromanía (537)
F63.2 Cleptomanía (539)
F91.8 Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado (541)
F91.9 Trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta no especificado (541)

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias (543)

Trastornos relacionados con sustancias (544)

Trastornos relacionados con el alcohol (553)

—.— Trastorno por consumo de alcohol (553)
Especificar si: En un ambiente controlado
Especifique la gravedad/remisión actual:

- F10.10** Templado
F10.11 En remisión temprana
F10.11 En remisión sostenida

SG

- F10.20** Moderado
F10.21 En remisión temprana
F10.21 En remisión sostenida

F10.20	Severo
F10.21	En remisión temprana
F10.21	En remisión sostenida
_____.____.	Intoxicación por alcohol (561)
F10.120	Con trastorno por consumo leve
F10.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.920	Sin trastorno por uso
_____.____.	Abstinencia de alcohol (564)
	Sin alteraciones perceptivas
F10.130	Con trastorno por consumo leve
F10.230	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.930	Sin trastorno por uso
	Con alteraciones de la percepción
F10.132	Con trastorno por consumo leve
F10.232	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.932	Sin trastorno por uso
_____.____.	Trastornos mentales inducidos por el alcohol (567)
	Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual.
	<i>a</i> Especifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia
	<i>b</i> Especifique si: Agudo, Persistente <i>c</i> Especifique si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad
_____.____.	Trastorno psicótico inducido por el alcohol (126)
F10.159	Con trastorno por consumo leve
F10.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.959	Sin trastorno por uso
_____.____.	Trastorno bipolar y relacionado inducido por el alcohol (162)
F10.14	Con trastorno por consumo leve
F10.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.94	Sin trastorno por uso

—.—	Trastorno depresivo inducido por el alcohola (201)
F10.14	Con trastorno por consumo leve
F10.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.94	Sin trastorno por uso
—.—	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohola (255)
F10.180	Con trastorno por consumo leve
F10.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.980	Sin trastorno por uso
—.—	Trastorno del sueño inducido por el alcohola (468)
	Especificar si el tipo de insomnio
F10.182	Con trastorno por consumo leve
	xli
F10.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.982	Sin trastorno por uso
—.—	Disfunción sexual inducida por el alcohola (504)
	Especificar si: Leve, Moderado, Severo
F10.181	Con trastorno por consumo leve
F10.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.981	Sin trastorno por uso
—.—	Delirio por intoxicación alcohólicab,c (672)
F10.121	Con trastorno por consumo leve
F10.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.921	Sin trastorno por uso
—.—	Delirio por abstinencia de alcoholb,c (673)
F10.131	Con trastorno por consumo leve
F10.231	Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.931	Sin trastorno por uso
_____.____	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol (712)
	Especificar si: Persistente
_____.____	Tipo amnésico-confabulatorio
F10.26	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.96	Sin trastorno por uso
_____.____	Tipo no amnésico-confabulatorio
F10.27	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.97	Sin trastorno por uso
_____.____	Trastorno neurocognitivo leve inducido por el alcohol (712)
	Especificar si: Persistente
F10.188	Con trastorno por consumo leve
F10.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.988	Sin trastorno por uso
F10.99	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (568)
	Trastornos relacionados con la cafeína (569)
15.920 F	Intoxicación por cafeína (569)
F15.93	Abstinencia de cafeína (571)
_____.____	Trastornos mentales inducidos por la cafeína (574)
	Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual.
	Especificar Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos. Nota: Cuando se toman sin receta, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por sustancias relevantes.
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína (255)
F15.982	Trastorno del sueño inducido por cafeína (468)
	Especifique si Tipo de insomnio, Tipo de somnolencia diurna, Tipo mixto
F15.99	Trastorno relacionado con la cafeína no especificado (574)

Trastornos relacionados con el cannabis (575)

—.— Trastorno por consumo de cannabis (575)

Especificar si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F12.10 Templado

F12.11 En remisión temprana

F12.11 En remisión sostenida

F12.20 Moderado

F12.21 En remisión temprana

F12.21 En remisión sostenida

F12.20 Severo

F12.21 En remisión temprana

F12.21 En remisión sostenida

—.— Intoxicación por Cannabis (582)

Sin alteraciones perceptivas

F12.120 Con trastorno por consumo leve

F12.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.920 Sin trastorno por uso

Con alteraciones de la percepción

F12.122 Con trastorno por consumo leve

F12.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.922 Sin trastorno por uso

—.— Abstinencia de Cannabis (584)

F12.13 Con trastorno por consumo leve

F12.23 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.93 Sin trastorno por uso

—.— Trastornos mentales inducidos por el cannabis (586)

Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual.

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con

inicio después del uso de medicamentos. **Nota:** Cuando se prescribe como medicamento, las sustancias en esta clase también puede inducir el trastorno mental inducido por sustancias relevante.

b*Especifique* si: Agudo, Persistente

c*Especifique* si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad

—.— Trastorno psicótico inducido por cannabis ([126](#))

F12.159 Con trastorno por consumo leve

F12.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.959 Sin trastorno por uso

—.— Trastorno de ansiedad inducido por cannabis ([255](#))

F12.180 Con trastorno por consumo leve

F12.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

12.980 F Sin trastorno por uso

—.— Trastorno del sueño inducido por cannabis ([468](#))

Especifique si el tipo de insomnio, el tipo de somnolencia diurna, tipo mixto

F12.188 Con trastorno por consumo leve

F12.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

xliii

F12.988 Sin trastorno por uso

—.— Delirio por intoxicación por cannabisb,c ([672](#))

F12.121 Con trastorno por consumo leve

F12.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.921 Sin trastorno por uso

F12.921 Inducido por agonistas del receptor de cannabis farmacéutico

Deliriob,c ([674](#))

Nota: Cuando se toman medicamentos agonistas de los receptores de cannabis farmacéuticos según lo prescrito. La designación "tomado según lo prescrito" se utiliza para diferenciar

delirio inducido por medicamentos por intoxicación por sustancias.

F12.99 Trastorno relacionado con el cannabis no especificado (586)

Trastornos relacionados con alucinógenos (587)

—. Trastorno por consumo de fenciclidina (587)

Especificar si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F16.10 Templado

F16.11 En remisión temprana

F16.11 En remisión sostenida

F16.20 Moderado

F16.21 En remisión temprana

F16.21 En remisión sostenida

F16.20 Severo

F16.21 En remisión temprana

F16.21 En remisión sostenida

—. Otro trastorno por consumo de alucinógenos (590)

Especificar el alucinógeno en particular

Especificar si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F16.10 Templado

F16.11 En remisión temprana

F16.11 En remisión sostenida

F16.20 Moderado

F16.21 En remisión temprana

F16.21 En remisión sostenida

F16.20 Severo

F16.21 En remisión temprana

F16.21

6**En remisión sostenida**
Intoxicación por fenciclidina (594)

- F16.120** Con trastorno por consumo leve
- F16.220** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F16.920** Sin trastorno por uso
- .— Otra intoxicación por alucinógenos (596)
- F16.120** Con trastorno por consumo leve
- F16.220** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F16.920** Sin trastorno por uso

xliv

- F16,983** Trastorno de percepción persistente de alucinógenos (598)
- .— Trastornos mentales inducidos por fenciclidina (600)
- Nota:** Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual.
- aEspecífique** Con inicio durante la intoxicación, Con inicio después del uso de medicamentos.
- Nota:** Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por sustancias relevante.
- .— **Trastorno psicótico inducido por fenciclidinaa (126)**
- F16.159** Con trastorno por consumo leve
- F16.259** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F16,959** Sin trastorno por uso
- .— **Trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidinaa (162)**
- F16.14** Con trastorno por consumo leve
- F16.24** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F16.94** Sin trastorno por uso
- .— **Trastorno depresivo inducido por fenciclidinaa (201)**
- F16.14** Con trastorno por consumo leve
- F16.24** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F16.94** Sin trastorno por uso

—. Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidinaa ([255](#))

Con trastorno por consumo leve

F16.180

F16.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

16.980 F Sin trastorno por uso

—. Delirio por intoxicación por fenciclidina ([672](#))

Especificar si: Agudo, Persistente

Especificar si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad

F16.121 Con trastorno por consumo leve

F16.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.921 Sin trastorno por uso

—. Trastornos mentales inducidos por alucinógenos ([600](#))

Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual.

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio después del uso de medicamentos.

Nota: Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por sustancias relevantes.

bEspecifique si: Agudo, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad

—. Otro trastorno psicótico inducido por alucinógenoa ([126](#))

F16.159 Con trastorno por consumo leve

F16.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.959 Sin trastorno por uso

—. Otros trastornos bipolares y relacionados inducidos por alucinógenos

Desordena ([162](#))

F16.14 Con trastorno por consumo leve

F16.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.94 Sin trastorno por uso

—. Otro trastorno depresivo inducido por alucinógeno ([201](#))

F16.14 Con trastorno por consumo leve

F16.24

F16.24

Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.94

Sin trastorno por uso

xlv

—.—

Otro trastorno de ansiedad inducido por alucinógeno (255)

F16.180

Con trastorno por consumo leve

F16.280

Con trastorno por consumo moderado o grave

16.980 F

Sin trastorno por uso

—.—

Delirio por intoxicación con otros alucinógenos b,c (672)

F16.121

Con trastorno por consumo leve

F16.221

Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.921

Sin trastorno por uso

F16.921

Delirio inducido por ketamina u otros alucinógenos b,c
(674)

Nota: Cuando se toman ketamina u otros medicamentos alucinógenos según lo prescrito. La designación "tomado según lo prescrito" se utiliza para diferenciar el delirio inducido por medicamentos del delirio por intoxicación por sustancias.

F16.99

Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado (600)

F16.99

Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos (601)

Trastornos relacionados con inhalantes (601)

—.—

Trastorno por uso de inhalantes (601)

Especificar el inhalante particular

Especificar si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F18.10

Templado

F18.11

En remisión temprana

F18.11

En remisión sostenida

F18.20	Moderado
F18.21	En remisión temprana
F18.21	En remisión sostenida
F18.20	Severo
F18.21	En remisión temprana
F18.21	En remisión sostenida
_____.—	Intoxicación por inhalantes (605)
F18.120	Con trastorno por consumo leve
F18.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.920	Sin trastorno por uso
_____.—	Trastornos mentales inducidos por inhalantes (607)
Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual.	
aEspecifique Con inicio durante la intoxicación	
_____.—	Trastorno psicótico inducido por inhalantes (126)
F18.159	Con trastorno por consumo leve
F18.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.959	Sin trastorno por uso
_____.—	Trastorno depresivo inducido por inhalantes (201)
F18.14	Con trastorno por consumo leve
F18.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.94	Sin trastorno por uso
_____.—	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes (255)
F18.180	Con trastorno por consumo leve
F18.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.980	Sin trastorno por uso
_____.—	Delirio de intoxicación por inhalantes (672)

Especificar si: Agudo, Persistente

Especificar si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

F18.121 Con trastorno por consumo leve

F18.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.921 Sin trastorno por uso

—.— Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes (712)

Especificar si: Persistente

F18.17 Con trastorno por consumo leve

F18.27 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.97 Sin trastorno por uso

—.— Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes (712)

Especificar si: Persistente

F18.188 Con trastorno por consumo leve

F18.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.988 Sin trastorno por uso

F18.99 Trastorno no especificado relacionado con inhalantes (608)

Trastornos relacionados con opioides (608)

—.— Trastorno por uso de opioides (608)

Especificar si: En terapia de mantenimiento, En ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F11.10 Templado

F11.11 En remisión temprana

F11.11 En remisión sostenida

F11.20 Moderado

F11.21 En remisión temprana

F11.21 En remisión sostenida

F11.20 Severo

F11.21	En remisión temprana
F11.21	En remisión sostenida
—.—	Intoxicación por opioides (615)
	Sin alteraciones perceptivas
F11.120	Con trastorno por consumo leve
F11.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.920	Sin trastorno por uso
	Con alteraciones de la percepción
F11.122	Con trastorno por consumo leve
F11.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.922	Sin trastorno por uso

xlvii

—.—	Abstinencia de opioides (617)
F11.13	Con trastorno por consumo leve
F11.23	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.93	Sin trastorno por uso
—.—	Trastornos mentales inducidos por opioides (619)
	Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual. <i>aEspecifique</i>
	Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con
	inicio después del uso de medicamentos. Nota: Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por sustancias relevante.
	<i>bEspecifique</i> si: Agudo, Persistente
	<i>cEspecifique</i> si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad
—.—	Trastorno depresivo inducido por opioides (201)
F11.14	Con trastorno por consumo leve
F11.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.94	Sin trastorno por uso
—.—	Trastorno de ansiedad inducido por opioides (255)
F11.180	

F11.180

Con trastorno por consumo leve

Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.280

Sin trastorno por uso

—.—

Trastorno del sueño inducido por opioides ([468](#))

Especifique si el tipo de insomnio, el tipo de somnolencia diurna, tipo mixto

F11.182

Con trastorno por consumo leve

F11.282

Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.982

Sin trastorno por uso

—.—

Disfunción sexual inducida por opioides ([504](#))

Especificar si: Leve, Moderado, Severo

F11.181

Con trastorno por consumo leve

F11.281

Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.981

Sin trastorno por uso

—.—

Delirio por intoxicación por opioidesb,c ([672](#))

Con trastorno por consumo leve

F11.221

Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.921

Sin trastorno por uso

—.—

Delirio por abstinencia de opioidesb,c ([673](#))

Con trastorno por consumo leve

F11.288

Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.988

Sin trastorno por uso

—.—

Delirio inducido por opioidesb,c ([674](#))

Nota: La designación "tomado según lo prescrito" se utiliza para diferenciar el delirio inducido por medicamentos del delirio por intoxicación por sustancias y el delirio por abstinencia de sustancias.

F11.921

Cuando la medicación opioide se toma según lo prescrito ([674](#))

yo

ithd

si

me identifico

decirte

F11.988 Durante la abstinencia de medicamentos opioides tomados como prescrito (674)

F11.99 Trastorno no especificado relacionado con opioides (619)

xlviii

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (620)

—.— Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (620)

Especificar si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F13.10 Templado

F13.11 En remisión temprana

F13.11 En remisión sostenida

F13.20 Moderado

F13.21 En remisión temprana

F13.21 En remisión sostenida

F13.20 Severo

F13.21 En remisión temprana

F13.21 En remisión sostenida

—.— Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (626)

F13.120 Con trastorno por consumo leve

F13.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.920 Sin trastorno por uso

—.— Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (628)

Sin alteraciones perceptivas

F13.130 Con trastorno por consumo leve

F13.230 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.930 Sin trastorno por uso

Con alteraciones de la percepción

F13.132 Con trastorno por consumo leve

F13.232 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.932 Sin trastorno por uso

—.— Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (631)

Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual. **aEspecifique**

Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos. **Nota:** Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por sustancias relevante.

bEspecifique si: Agudo, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad

—.— Psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Desordena (126)

F13.159 Con trastorno por consumo leve

F13.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.959 Sin trastorno por uso

—.— Bipolar y

Trastorno relacionado (162)

F13.14 Con trastorno por consumo leve

xlix

F13.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.94 Sin trastorno por uso

—.— Depresión inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Desorden (201)

F13.14 Con trastorno por consumo leve

F13.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.94 Sin trastorno por uso

—.— Ansiedad inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Desordena (255)

F13.180 Con trastorno por consumo leve

F13.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.980

F13.980	Sin trastorno por uso
—.—	Sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <i>Desordena (468)</i>
	Especifique si el tipo de insomnio, el tipo de somnolencia diurna, Tipo parasomnia, Tipo mixto
F13.182	Con trastorno por consumo leve
F13.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.982	Sin trastorno por uso
—.—	Inducción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <i>Disfunción (504)</i>
	Especificar si: Leve, Moderado, Severo
F13.181	Con trastorno por consumo leve
F13.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.981	Sin trastorno por uso
—.—	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <i>Deliriob,c (672)</i>
F13.121	Con trastorno por consumo leve
F13.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.921	Sin trastorno por uso
—.—	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <i>Deliriob,c (673)</i>
F13.131	Con trastorno por consumo leve
F13.231	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.931	Sin trastorno por uso
—.—	Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticosb,c <i>(674)</i>
	Nota: La designación "tomado según lo prescrito" se utiliza para diferenciar el delirio inducido por medicamentos del delirio por intoxicación de sustancias y el delirio por sustancias.

delirio de abstinencia.

F13.921

Cuando la medicación sedante, hipnótica o ansiolítica tomado según lo prescrito (674)

F13.931

Durante la abstinencia de sedantes, hipnóticos o medicación ansiolítica tomada según prescripción (674)

—.—

Mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno neurocognitivo (712)

Especificar si: Persistente

F13.27

Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.97

Sin trastorno por uso

—.—

Leve inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno neurocognitivo (712)

Especificar si: Persistente

F13.188

Con trastorno por consumo leve

F13.288

Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.988

Sin trastorno por uso

F13.99

Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (632)

yo

Trastornos relacionados con estimulantes (632)

—.—

Trastorno por consumo de estimulantes (632)

Especificar si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

—.—

Templado

F15.10

Sustancia de tipo anfetamínico

F14.10

Cocaína

F15.10

Otro estimulante o el no especificado

—.—

Leve, en remisión temprana

F15.11

Sustancia de tipo anfetamínico

F14.11	Cocaína
F15.11	Otro estimulante o el no especificado
_____.____	Leve, en remisión sostenida
F15.11	Sustancia de tipo anfetamínico
F14.11	Cocaína
F15.11	Otro estimulante o el no especificado
_____.____	Moderado
F15.20	Sustancia de tipo anfetamínico
F14.20	Cocaína
F15.20	Otro estimulante o el no especificado
_____.____	Moderado, en remisión temprana
F15.21	Sustancia de tipo anfetamínico
F14.21	Cocaína
F15.21	Otro estimulante o el no especificado
_____.____	Moderada, en remisión sostenida
F15.21	Sustancia de tipo anfetamínico
F14.21	Cocaína
F15.21	Otro estimulante o el no especificado
_____.____	Severo
F15.20	Sustancia de tipo anfetamínico
F14.20	Cocaína
F15.20	Otro estimulante o el no especificado
_____.____	Grave, en remisión temprana
F15.21	Sustancia de tipo anfetamínico
F14.21	Cocaína
F15.21	Otro estimulante o el no especificado
_____.____	

- F15.21** Grave, en remisión sostenida
Sustancia de tipo anfetamínico
- F14.21** Cocaína
- F15.21** Otro estimulante o el no especificado

_____.— Intoxicación por estimulantes ([640](#))

Especificar el intoxicante particular
Sin alteraciones perceptivas

ese

_____.— Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico u otro estimulante

F15.120 Con trastorno por consumo leve

F15.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

15.920 F Sin trastorno por uso

_____.— intoxicación por cocaína

F14.120 Con trastorno por consumo leve

F14.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.920 Sin trastorno por uso

Con alteraciones de la percepción

_____.— Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico u otro estimulante

F15.122 Con trastorno por consumo leve

F15.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.922 Sin trastorno por uso

_____.— intoxicación por cocaína

F14.122 Con trastorno por consumo leve

F14.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.922 Sin trastorno por uso

Retiro de estimulantes ([643](#))

—.—

Especificar la sustancia particular que causa el síndrome de abstinencia

—.—

Abstinencia de sustancias de tipo anfetamínico u otros estimulantes

F15.13

Con trastorno por consumo leve

F15.23

Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.93

Sin trastorno por uso

—.—

abstinencia de cocaína

F14.13

Con trastorno por consumo leve

F14.23

Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.93

Sin trastorno por uso

—.—

Trastornos mentales inducidos por estimulantes (644)

Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual. *aEspecifique*

Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso del medicamento. **Nota:** Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias de tipo anfetamínico y otros estimulantes también pueden inducir el trastorno mental inducido por sustancias relevante.

bEspecifique si: Agudo, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad

—.—

Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)–

Trastorno psicótico inducidoa (126)

F15.159

Con trastorno por consumo leve

F15.259

Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.959

Sin trastorno por uso

—.—

Trastorno psicótico inducido por cocaínaa (126)

F14.159

Con trastorno por consumo leve

F14.259

Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.959

Sin trastorno por uso

	p eta e tipo Sustancia (o Ot e St uat)
—.—	Trastorno bipolar inducido y relacionado (162)
F15.14	Con trastorno por consumo leve
F15.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.94	Sin trastorno por uso
—.—	Trastorno bipolar y relacionado inducido por cocaína (162)
F14.14	Con trastorno por consumo leve
F14.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.94	Sin trastorno por uso
—.—	Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)–
	Trastorno depresivo inducida (201)
F15.14	Con trastorno por consumo leve
F15.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.94	Sin trastorno por uso
—.—	Trastorno depresivo inducido por cocaína (201)
F14.14	Con trastorno por consumo leve
F14.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.94	Sin trastorno por uso
—.—	Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)–
	Trastorno de Ansiedad Inducida (255)
F15.180	Con trastorno por consumo leve
F15.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.980	Sin trastorno por uso
—.—	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína (255)
F14.180	Con trastorno por consumo leve
F14.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.980	Sin trastorno por uso
—.—	Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)– d R ltd I dd Ob i C li

- Obsesivo compulsivo inducido y afines
Desorden (287)
- F15.188** Con trastorno por consumo leve
F15.288 Con trastorno por consumo moderado o grave
15.988 F Sin trastorno por uso
- .— Obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por la cocaína
Desorden (287)
- F14.188** Con trastorno por consumo leve
F14.288 Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.988 Sin trastorno por uso
- .— Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)—
Trastorno del sueño inducidoa (468)
- Especifique** si el tipo de insomnio, el tipo de somnolencia diurna, tipo mixto
- F15.182** Con trastorno por consumo leve
F15.282 Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.982 Sin trastorno por uso
- .— Trastorno del sueño inducido por cocaínaa (468)
- Especifique** si el tipo de insomnio, el tipo de somnolencia diurna, tipo mixto
- F14.182** Con trastorno por consumo leve
F14.282 Con trastorno por consumo moderado o grave
- liii
- F14.982** Sin trastorno por uso
- .— Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)—
Disfunción sexual inducidaa (504)
- Especificar** si: Leve, Moderado, Severo
- F15.181** Con trastorno por consumo leve

- Con trastorno por consumo moderado o grave
- F15.281**
- F15,981** Sin trastorno por uso
- _____.— Disfunción sexual inducida por cocaínaa ([\(504\)](#))
- Especificar si:** Leve, Moderado, Severo
- F14.181** Con trastorno por consumo leve
- F14.281** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F14.981** Sin trastorno por uso
- _____.— Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
- F15.121** Delirio por intoxicaciónb,c ([\(672\)](#))
Con trastorno por consumo leve
- F15.221** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F15,921** Sin trastorno por uso
- _____.— Delirio por intoxicación por cocaínab,c ([\(672\)](#))
- F14.121** Con trastorno por consumo leve
- F14.221** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F14.921** Sin trastorno por uso
- F15,921** Medicamentos de tipo anfetamínico (u otros estimulantes):
Delirio inducidob,c ([\(674\)](#))
- Nota:** Cuando se toman medicamentos de tipo anfetamínico u otros estimulantes según lo prescrito. La designación "tomado según lo prescrito" se utiliza para diferenciar el delirio inducido por medicamentos del delirio por intoxicación por sustancias.
- _____.— Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)—
Trastorno neurocognitivo leve inducido ([\(712\)](#))
- Especificar si:** Persistente
- F15.188** Con trastorno por consumo leve
- F15.288** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F15 988**

15.988 F

Sin trastorno por uso

—.— Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína ([712](#))

Especificar si: Persistente

F14.188

Con trastorno por consumo leve

F14.288

Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.988

Sin trastorno por uso

—.— Trastorno no especificado relacionado con estimulantes ([644](#))

F15.99

Sustancia de tipo anfetamínico u otro estimulante

F14.99

Cocaína

Trastornos relacionados con el tabaco ([645](#))

—.— Trastorno por consumo de tabaco ([645](#))

Especificar si: En terapia de mantenimiento, En ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

Z72.0

Templado

vida

F17.200

Moderado

F17.201

En remisión temprana

F17.201

En remisión sostenida

F17.200

Severo

F17.201

En remisión temprana

F17.201

En remisión sostenida

F17.203

Retiro del Tabaco ([649](#))

Nota: El código CIE-10-CM indica la presencia comórbida de un trastorno moderado o grave por tabaquismo, que debe estar presente para poder aplicar el código de abstinencia tabáquica.

—.— Trastornos mentales inducidos por el tabaco ([651](#))

F17.208

Trastorno del sueño inducido por el tabaco, con moderado o trastorno por consumo grave ([468](#))

Especifique si el tipo de insomnio, el tipo de somnolencia diurna, tipo mixto

tipo mixto

Especificar Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso del medicamento

F17.209 Trastorno relacionado con el tabaco no especificado (651)

Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas) (652)

—.— Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) (652)

Especificar si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F19.10 Templado

F19.11 En remisión temprana

F19.11 En remisión sostenida

F19.20 Moderado

F19.21 En remisión temprana

F19.21 En remisión sostenida

F19.20 Severo

F19.21 En remisión temprana

F19.21 En remisión sostenida

—.— Intoxicación por otra sustancia (o desconocida) (656)

Sin alteraciones perceptivas

F19.120 Con trastorno por consumo leve

F19.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.920 Sin trastorno por uso

Con alteraciones de la percepción

F19.122 Con trastorno por consumo leve

F19.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.922 Sin trastorno por uso

—.— Abstinencia de otra sustancia (o desconocida) (658)

Sin alteraciones perceptivas

F19.130	Con trastorno por consumo leve
F19.230	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.930	Sin trastorno por uso

lv

	Con alteraciones de la percepción
F19.132	Con trastorno por consumo leve
F19.232	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.932	Sin trastorno por uso

—.— Trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas) ([660](#))

Nota: Los trastornos se enumeran en el orden de aparición en el manual. *aEspecifique*

Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso del medicamento. **Nota:** Cuando se recetan como medicamentos o se toman sin receta, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por sustancias relevantes.

bEspecifique si: Agudo, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad

—.—	Psicótico inducido por otra sustancia (o desconocida)
	Desordena (126)
F19.159	Con trastorno por consumo leve
F19.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.959	Sin trastorno por uso

—.—	Otra sustancia (o desconocida): bipolar y
	Trastorno relacionado (162)

F19.14	Con trastorno por consumo leve
F19.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.94	Sin trastorno por uso

—.—	Depresión inducida por otra sustancia (o desconocida)
	Desorden (201)
F19.14	Con trastorno por consumo leve
F19.24	

F19.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.94	Sin trastorno por uso
_____.____	Ansiedad inducida por otra sustancia (o desconocida) Desordena (255)
F19.180	Con trastorno por consumo leve
F19.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.980	Sin trastorno por uso
_____.____	Obsesión inducida por otra sustancia (o desconocida) Trastorno compulsivo y relacionadoa (287)
F19.188	Con trastorno por consumo leve
F19.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.988	Sin trastorno por uso
_____.____	Trastorno del sueño inducido por otra sustancia (o desconocida)a (468)
	Especifique si el tipo de insomnio, el tipo de somnolencia diurna, Tipo parasomnia, Tipo mixto
F19.182	Con trastorno por consumo leve
F19.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.982	Sin trastorno por uso
_____.____	Otra sustancia (o desconocida): sexual inducida por Disfuncióna (504)
	Especificar si: Leve, Moderado, Severo
F19.181	Con trastorno por consumo leve
F19.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.981	Sin trastorno por uso
_____.____	Intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida) Delirio,b,c (672)

- F19.121** Con trastorno por consumo leve
- F19.221** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.921** Sin trastorno por uso
- _____.— Delirio por abstinencia de otra sustancia (o desconocida)b,c
(673)
- F19.131** Con trastorno por consumo leve
- F19.231** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.931** Sin trastorno por uso
- _____.— Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos)b,c
(674)
- Nota:** La designación "tomado según lo prescrito" se utiliza para diferenciar el delirio inducido por medicamentos del delirio por intoxicación por sustancias y el delirio por abstinencia de sustancias.
- F19.921** Cuando se toman otros medicamentos (o desconocidos)
según lo prescrito **(674)**
- F19.931** Durante la abstinencia de otro medicamento (o
desconocido) tomado según lo prescrito **(674)**
- _____.— Inducida por otra sustancia (o desconocida) mayor
Trastorno neurocognitivo **(712)**
- Especificar si:** Persistente
- F19.17** Con trastorno por consumo leve
- F19.27** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.97** Sin trastorno por uso
- _____.— Leve inducida por otra sustancia (o desconocida)
Trastorno neurocognitivo **(712)**
- Especificar si:** Persistente
- F19.188** Con trastorno por consumo leve
- F19.288** Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19988**

F19.988

Sin trastorno por uso

F19.99

Trastorno relacionado con otra sustancia no especificada (o desconocida) (660)

Trastornos no relacionados con sustancias (661)

F63.0

Trastorno del juego (661)

Especificar si: Episódico, Persistente

Especificar si: En remisión temprana, En remisión sostenida

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Trastornos neurocognitivos (667)

—. — Delirio (672)

Especificar si: Agudo, Persistente

Especifique si: Hiperactivo, Hipooactivo, Nivel mixto de actividad **aNota:**

Para los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el delirio inducido por sustancias/medicamentos específicos. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Especifique si:

—. — Delirio por intoxicación por sustancias

—. — Delirio por abstinencia de sustancias

Ivii

—. — Delirio inducido por medicamentos

F05

Delirio debido a otra condición médica

F05

Delirio por múltiples etiologías

R41.0

Otro delirio especificado (678)

R41.0

Delirio no especificado (678)

Trastornos neurocognitivos mayores y leves (679)

Especifique si se debe a **[cualesquier de las siguientes etiologías médicas]:** enfermedad de Alzheimer,

Degeneración frontotemporal, enfermedad de cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, lesión cerebral traumática,

Uso de sustancias/medicamentos, infección por VIH, enfermedad priónica, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples, etiología no especificada

a*Especifique* la gravedad actual: leve, moderada, grave. **Este especificador se aplica sólo a los principales trastornos neurocognitivos (incluidos probables y posibles).**

b*Especifique:* Sin alteración del comportamiento, Con alteración del comportamiento. **Para todos los trastornos neurocognitivos leves, los trastornos neurocognitivos mayores inducidos por sustancias/medicamentos y los trastornos neurocognitivos no especificados, la alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debe registrarse.**

Nota: Como se indica para cada subtipo, se necesita un código médico adicional para la mayoría de los principales trastornos neurocognitivos, incluidos los debidos a probables y posibles etiologías médicas. La etiología médica debe codificarse primero, antes del código del trastorno neurocognitivo mayor. **No** se debe usar un código médico adicional para ningún trastorno neurocognitivo leve y no se usa para el trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve, el trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno neurocognitivo no especificado.

Nota de codificación: **Para trastornos neurocognitivos mayores y leves:** use código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debidos a la misma afección médica que causa la ENT mayor (p. ej., F06.2 trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer con delirios; **F06.32** trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson, con episodio de tipo depresivo mayor). se incluyen códigos adicionales para trastornos mentales debidos a otra afección médica con trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., para trastornos depresivos debidos a otra afección médica, consulte "Trastornos depresivos").

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer (690)

—•— Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzhemera **Nota:** codifique primero **G30.9** enfermedad de Alzheimer.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

—•— Trastorno neurocognitivo mayor debido a una posible enfermedad de Alzhemera **Nota:** codifique primero **G30.9** enfermedad de Alzheimer.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimerb

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve (695)

—•— Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable degeneración frontotemporala **Nota:** codifique primero **G31.09** degeneración frontotemporal.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

Trastorno neurocognitivo mayor por posible degeneración frontotemporal

_____.
Nota: codifique primero **G31.09** degeneración frontotemporal.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a degeneración frontotemporalb

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (699)

_____.
Trastorno neurocognitivo mayor con probables cuerpos de Lewya **Nota:**

codifique primero **G31.83 Enfermedad con** cuerpos de Lewy.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

_____.
Trastorno neurocognitivo mayor con posibles cuerpos de Lewya **Nota:**

codifique primero **G31.83 Enfermedad con** cuerpos de Lewy.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewyb

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve (702)

_____.
Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a enfermedad vasculara

Nota: No hay código médico adicional para enfermedad vascular.

F01.51 Con alteración del comportamiento

F01.50 Sin alteración del comportamiento

_____.
Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a enfermedad vasculara

Nota: No hay código médico adicional para enfermedad vascular.

F01.51 Con alteración del comportamiento

F01.50 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad vascularb

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática (706)

_____.
Trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumáticaa **Nota:**

Para la CIE-10-CM, codifique primero **S06.2X9S** lesión cerebral traumática difusa con
pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo craneoencefálico

Neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos

Desorden (712)

Nota: Sin código médico adicional. Para conocer los códigos CIE-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el trastorno neurocognitivo mayor o leve específico inducido por sustancias/medicamentos. Consulte también el conjunto de criterios y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un consumo de sustancias comórbido trastorno presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias.

seis

Especificar si: Persistente

_____ • _____ Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias/medicamentos**a,b Nota:**

Si existe un trastorno por uso de sustancias, registre un trastorno por uso de sustancias leve (el código ICD-10-CM no está disponible si el trastorno por uso de sustancias leve no causa un trastorno neurocognitivo mayor) o moderado o trastorno grave por consumo de sustancias; si no hay ningún trastorno por uso de sustancias, registre solo el trastorno neurocognitivo mayor inducido por **[sustancia específica J]**.

_____ • _____ Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias/medicamentos**b Nota:** si existe un trastorno por consumo de sustancias, registre el trastorno por consumo de sustancias leve o el trastorno por consumo de sustancias moderado o grave; si no hay ningún trastorno por uso de sustancias, registre solo el trastorno neurocognitivo leve inducido por **[sustancia específica J]**.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH (717)

_____ • _____ Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH**a Nota:**
codifique primero **B20** infección por VIH.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a infección por VIH**b**

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad priónica (721)

_____ • _____ Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónicas
Nota: codifique primero **A81.9** enfermedad priónica.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80

G31.84 Sin alteración del comportamiento
Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad priónicab

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson
[\(723\)](#)

—. Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinsona
Nota: codifique primero **G20** enfermedad de Parkinson.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

—. Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinsona
Nota: codifique primero **G20** enfermedad de Parkinson.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinsonb

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington
[\(726\)](#)

—. Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntingtona **Nota:**
codifique primero **G10** enfermedad de Huntington.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntingtonb

ix

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otro problema médico
Condición [\(729\)](#)

—. Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médicaa **Nota:** codifique
primero la otra afección médica.

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médicaab

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a múltiples etiologías

j (731)

—.— Trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías

Nota: Codifique primero todas las condiciones médicas etiológicas (con excepción de enfermedad vascular, que no está codificada).

F02.81 Con alteración del comportamiento

F02.80 Sin alteración del comportamiento

Nota: Si la enfermedad vascular se encuentra entre las múltiples condiciones médicas etiológicas, codifique **F01.51** para trastorno neurocognitivo vascular mayor, con alteración del comportamiento, o **F01.50** para trastorno neurocognitivo vascular mayor, sin alteración del comportamiento.

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a múltiples etiologíasb

Trastorno neurocognitivo no especificadob ([732](#))

Nota: Sin código médico adicional.

R41.9 Trastorno neurocognitivo no especificadob

Trastornos de la personalidad ([733](#))

Trastornos de la personalidad del grupo A

F60.0 Trastorno de personalidad paranoide ([737](#))

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad ([741](#))

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad ([744](#))

Trastornos de la personalidad del grupo B

F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad ([748](#))

F60.3 Trastorno límite de la personalidad ([752](#))

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad ([757](#))

F60.81 Trastorno Narcisista de la Personalidad ([760](#))

Trastornos de la personalidad del grupo C

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación ([764](#))

F60.7 Trastorno de personalidad dependiente ([768](#))

F60.5

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (771)

lxi

Otros trastornos de la personalidad

F07.0

Cambio de personalidad debido a otra condición médica (775)

Especifique si: tipo lábil, tipo desinhibido, tipo agresivo, tipo apático, tipo paranoico, otro tipo, tipo combinado, tipo no especificado

F60.89

Otro trastorno de personalidad especificado (778)

F60.9

Trastorno de personalidad no especificado (778)

Trastornos parafílicos (779)

El siguiente especificador se aplica a los Trastornos parafílicos donde se indica:

aEspecifique si: En un ambiente controlado, En remisión total **F65.3**

Trastorno voyeurista (780)

F65.2

Desorden Exhibicionista (783)

Especifique si: Excitación sexual al exponer los genitales a niños prepúberes, Excitado sexualmente al exponer los genitales a individuos físicamente maduros, Excitado sexualmente al exponer los genitales a niños prepuberales y a individuos físicamente maduros

F65.81

Trastorno froteurístico (785)

F65.51

Trastorno de masoquismo sexual (788)

Especificar si: Con asfixiofilia

F65.52

Trastorno de sadismo sexual (790)

F65.4

Trastorno de pedofilia (792)

Especifique si: tipo exclusivo, tipo no exclusivo

Especificar si: Atracción sexual por hombres, Atracción sexual por mujeres, Atracción sexual por ambos

Especificar si: Limitado al incesto

F65.0

Trastorno fetichistaa (796)

Especifique: Parte(s) del cuerpo, Objeto(s) no vivo(s), Otro

F65.1

Trastorno Travestia (798)

Especificar si: Con fetichismo, Con autoginefilia

F65.89 Otro trastorno parafílico especificado (801)

F65.9 Trastorno parafílico no especificado (801)

Otros trastornos mentales y códigos adicionales (803)

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica (803)

F09 Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica (804)

F99 Otro trastorno mental especificado (804)

F99 Trastorno mental no especificado (805)

Z03.89 Sin diagnóstico o condición (805)

Ixii

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros Efectos adversos de la medicación (807)

Parkinsonismo inducido por medicamentos (807)

G21.11 Medicamentos antipsicóticos y otra dopamina

Parkinsonismo inducido por agentes bloqueantes de receptores
(807)

G21.19 Otro parkinsonismo inducido por medicamentos (807)

G21.0 Síndrome Neuroléptico Maligno (810)

G24.02 Distorción aguda inducida por medicamentos (812)

G25.71 Acatisia aguda inducida por medicamentos (813)

G24.01 Discinesia tardía (814)

G24.09 Distorción tardía (816)

G25.71 Acatisia tardía (816)

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos (817)

G25.79 Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos (818)

_____. Síndrome de discontinuación de antidepresivos (818)

T43.205A encuentro inicial

T43.205D Encuentro posterior

T43.205S Secuelas

_____. Otro efecto adverso de la medicación (819)

T50.905A encuentro inicial

T50.905D Encuentro posterior

T50.905S Secuelas

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica Atención (821)

Comportamiento suicida y autolesiones no suicidas (822)

Comportamiento suicida (822)

_____. Comportamiento suicida actual (822)

T14.91A encuentro inicial

T14.91D Encuentro posterior

Z91.51 Historia de la conducta suicida (822)

Autolesiones no suicidas (822)

\$45.88 Autolesiones actuales no suicidas (822)

Z91.52 Historia de las autolesiones no suicidas (822)

Abuso y negligencia (822)

Problemas de maltrato y abandono infantil (823)

Abuso físico infantil (823)

_____. Abuso físico infantil, confirmado (823)

T74.12XA	encuentro inicial
T74.12XD	Encuentro posterior
_____.____	Abuso físico infantil, sospecha (823)
T76.12XA	encuentro inicial
T76.12XD	Encuentro posterior
_____.____	Otras Circunstancias Relacionadas con el Abuso Físico Infantil (823)
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de abuso físico infantil por parte de los padres
Z69.020	Encuentro para servicios de salud mental para víctima de abuso físico infantil no parental
Z62.810	Historia personal (historia pasada) de abuso físico en la niñez
Z69.011	Visita para servicios de salud mental para autor de maltrato físico paterno infantil
Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil no parental
Abuso sexual infantil (823)	
_____.____	Abuso sexual infantil, confirmado (824)
T74.22XA	encuentro inicial
T74.22XD	Encuentro posterior
_____.____	Abuso sexual infantil, sospecha (824)
T76.22XA	encuentro inicial
T76.22XD	Encuentro posterior
_____.____	Otras Circunstancias Relacionadas con el Abuso Sexual Infantil (824)
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil por parte de los padres
Z69.020	Encuentro para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil no parental
Z62.810	Historia personal (historia pasada) de abuso sexual en

infancia

- Z69.011** Visita para servicios de salud mental para autor de abuso sexual infantil por parte de los padres
- Z69.021** Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil no parental

64

Negligencia Infantil (824)

- _____. Abandono infantil, confirmado (824)
- T74.02XA** encuentro inicial
- T74.02XD** Encuentro posterior
- _____. Abandono infantil, sospechado (824)
- T76.02XA** encuentro inicial
- T76.02XD** Encuentro posterior
- _____. Otras Circunstancias Relacionadas con la Negligencia Infantil (824)
- Z69.010** Encuentro para servicios de salud mental para víctima de niño negligencia por parte de los padres
- Z69.020** Encuentro para servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil no parental
- Z62.812** Historia personal (historia pasada) de negligencia en la infancia
- Z69.011** Visita para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil por parte de los padres
- Z69.021** Visita para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil no parental

Abuso psicológico infantil (825)

- _____. Abuso psicológico infantil, confirmado (825)
- T74.32XA** encuentro inicial
- T74.32XD** Encuentro posterior
- _____. Abuso psicológico infantil, sospechado (825)

T76.32XA	encuentro inicial
T76.32XD	Encuentro posterior
_____	Otras Circunstancias Relacionadas con el Maltrato Psicológico Infantil (825)
Z69.010	Encuentro para servicios de salud mental para víctima de niño maltrato psicológico por parte de los padres
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico infantil no parental
Z62.811	Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico en la infancia
Z69.011	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de maltrato psicológico infantil por parte de los padres
Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico infantil no parental
Problemas de maltrato y abandono de adultos (825)	
Violencia del cónyuge o pareja, física (825)	
_____	Violencia del cónyuge o pareja, física, confirmada (825)
T74.11XA	encuentro inicial
T74.11XD	Encuentro posterior
_____	Violencia del cónyuge o pareja, física, sospechada (826)
T76.11XA	encuentro inicial
T76.11XD	Encuentro posterior
_____	Otras Circunstancias Relacionadas con la Violencia del Cónyuge o Pareja, Física (826)
Z69.11	Consulta para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, física
Z91.410	Antecedentes personales (antecedentes) de violencia del cónyuge o pareja, física
Z69.12	Visita para servicios de salud mental para autor de

violencia conyugal o de pareja, física

Violencia del cónyuge o pareja, sexual (826)

—.____ Violencia del cónyuge o pareja, sexual, confirmada (826)

T74.21XA encuentro inicial

T74.21XD Encuentro posterior

—.____ Violencia del cónyuge o pareja, sexual, sospechada (826)

T76.21XA encuentro inicial

T76.21XD Encuentro posterior

—.____ Otras Circunstancias Relacionadas con la Violencia del Cónyuge o Pareja, Sexual (826)

Z69.81 Consulta para servicios de salud mental para víctima de
violencia conyugal o de pareja, sexual

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia del
cónyuge o pareja, sexual

Z69.12 Consulta para servicios de salud mental para autor de violencia
conyugal o de pareja, sexual

Negligencia del cónyuge o pareja (826)

—.____ Negligencia del cónyuge o pareja, confirmada (826)

T74.01XA encuentro inicial

T74.01XD Encuentro posterior

—.____ Abandono del cónyuge o pareja, sospechado (827)

T76.01XA encuentro inicial

T76.01XD Encuentro posterior

—.____ Otras Circunstancias Relacionadas con la Negligencia del Cónyuge o Pareja (827)

Z69.11 Encuentro para servicios de salud mental para víctima de
negligencia del cónyuge o pareja

Z91.412 Antecedentes personales (historial pasado) del cónyuge o pareja
descuido

Z69.12 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de
negligencia del cónyuge o pareja

Abuso del cónyuge o pareja, psicológico (827)

____.— Abuso del cónyuge o pareja, psicológico, confirmado (827)

T74.31XA encuentro inicial

T74.31XD Encuentro posterior

____.— Abuso del cónyuge o pareja, psicológico, sospechado (827)

T76.31XA encuentro inicial

T76.31XD Encuentro posterior

____.— Otras Circunstancias Relacionadas con el Maltrato del Cónyuge o Pareja, Psicológico (827)

Z69.11 Encuentro para servicios de salud mental para víctima de abuso psicológico del cónyuge o pareja

Z91.411 Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico del cónyuge o pareja

Z69.12 Visita para servicios de salud mental para autor de maltrato psicológico del cónyuge o pareja

Abuso de adultos por personas que no son cónyuge o pareja (827)

____.— Abuso físico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, confirmado (828)

T74.11XA encuentro inicial

T74.11XD Encuentro posterior

____.— Abuso físico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, sospechado (828)

T76.11XA encuentro inicial

T76.11XD Encuentro posterior

____.— Abuso sexual de adultos por personas que no son cónyuge o pareja, confirmado (828)

T74.21XA encuentro inicial

T74.21XD Encuentro posterior

____.— Abuso sexual de adultos por personas que no son cónyuge o pareja, sospechado (828)

T76.21XA encuentro inicial

T76.21XD	Encuentro posterior
_____.	Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, confirmado (828)
T74.31XA	encuentro inicial
T74.31XD	Encuentro posterior
_____.	Abuso psicológico de adultos por personas que no son cónyuge o pareja, sospechado (828)
T76.31XA	encuentro inicial
T76.31XD	Encuentro posterior
_____.	Otras circunstancias relacionadas con el abuso de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja (828)
Z69.81	Visita para servicios de salud mental para víctimas de abuso de adultos no conyugales o no de pareja
Z69.82	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso de adulto no conyugal o no compañero

Problemas relacionales (828)

_____.	Problema relacional padre-hijo (829)
Z62.820	Padre-hijo biológico (829)
Z62.821	Padre-hijo adoptado (829)

lxvii

Z62.822	Padre-hijo adoptivo (829)
Z62.898	Otro cuidador–niño (829)
Z62.891	Problema relacional entre hermanos (829)
Z63.0	Problemas de relación con el cónyuge o pareja íntima (829)

Problemas Relacionados con el Ambiente Familiar (829)

Z62.29	Crianza lejos de los padres (829)
Z62.898	Niño afectado por angustia en la relación de los padres (830)
Z63.5	Interrupción de la Familia por Separación o Divorcio (830)
Z63.8	Alto nivel de emoción expresada dentro de la familia (830)

Problemas educativos (830)

- Z55.0** Analfabetismo y bajo nivel de alfabetización (830)
- Z55.1** Escolarización no disponible e inalcanzable (830)
- Z55.2** Exámenes escolares reprobados (830)
- Z55.3** Bajo rendimiento en la escuela (830)
- Z55.4** Inadaptación educativa y discordia con profesores y compañeros (830)
- Z55.8** Problemas relacionados con la enseñanza inadecuada (830)
- Z55.9** Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización (830)

Problemas Ocupacionales (830)

- Z56.82** Problema relacionado con el estado actual del despliegue militar (830)
- Z56.0** Desempleo (831)
- Z56.1** Cambio de Trabajo (831)
- Z56.2** Amenaza de pérdida de empleo (831)
- Z56.3** Horario de trabajo estresante (831)
- Z56.4** Discordia con jefe y compañeros de trabajo (831)
- Z56.5** Ambiente de trabajo desagradable (831)
- Z56.6** Otras tensiones físicas y mentales relacionadas con el trabajo (831)
- Z56.81** Acoso sexual en el trabajo (831)
- Z56.9** Otro problema relacionado con el empleo (831)

Problemas de vivienda (831)

- Z59.01** Personas sin Hogar Protegidas (831)
- Z59.02** Personas sin hogar sin hogar (831)
- Z59.1** Vivienda Inadecuada (831)
- Z59.2** Discordia con el vecino, inquilino o arrendador (831)
- Z59.3** Problema relacionado con vivir en una institución residencial (831)
- Z59.9** Otro problema de vivienda (831)

Problemas económicos (831)

- Z59.41** Inseguridad alimentaria (832)
- Z58.6** Falta de Agua Potable Segura (832)
- Z59.5** Pobreza Extrema (832)
- Z59.6** Bajos Ingresos (832)
- Z59.7** Seguro social o de salud o asistencia social insuficiente (832)
- Z59.9** Otro Problema Económico (832)

Problemas Relacionados con el Entorno Social (832)

- Z60.2** Problema relacionado con vivir solo (832)
- Z60.3** Dificultad de aculturación (832)
- Z60.4** Exclusión o Rechazo Social (832)
- Z60.5** Objeto de discriminación o persecución adversa (percibida) (832)
- Z60.9** Otro problema relacionado con el entorno social (832)

Problemas Relacionados con la Interacción con el Sistema Legal (832)

- Z65.0** Condena en Proceso Penal Sin Prisión (833)
- Z65.1** Encarcelamiento u otro encarcelamiento (833)
- Z65.2** Problemas relacionados con la liberación de la prisión (833)
- Z65.3** Problemas Relacionados con Otras Circunstancias Legales (833)

Problemas relacionados con otros problemas psicosociales, personales y Circunstancias Ambientales (833)

- Z72.9** Problema relacionado con el estilo de vida (833)
- Z64.0** Problemas relacionados con el embarazo no deseado (833)
- Z64.1** Problemas relacionados con la multiparidad (833)
- Z64.4** Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el oficial de libertad condicional, caso Gerente o Trabajador de Servicios Sociales (833)
- Z65.4** Víctima del Crimen (833)

Víctima de Terrorismo o Tortura (833)

Z65.4

Z65.5 Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades (833)

Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y otros servicios de salud (833)

Z75.3 Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de las instalaciones de atención médica (833)

Z75.4 Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de otras agencias de ayuda (833)

Circunstancias de la Historia Personal (833)

Z91.49 Historia Personal de Trauma Psicológico (833)

Z91.82 Historia personal de despliegue militar (833)

69

Otros encuentros de servicios de salud para asesoramiento y atención médica Consejos (833)

Z31.5 Asesoramiento Genético (833)

Z70.9 Asesoramiento sexual (834)

Z71.3 Asesoramiento dietético (834)

Z71.9 Otro asesoramiento o consulta (834)

Condiciones o problemas adicionales que pueden ser un foco de Atención Clínica (834)

Z91.83 Deambulación asociada a un trastorno mental (834)

Z63.4 Duelo sin complicaciones (834)

Z60.0 Problema de la fase de la vida (834)

Z65.8 Religiosas de Problema Espiritual (834)

Z72.811 Comportamiento antisocial adulto (835)

Z72.810 Comportamiento Antisocial de Niños o Adolescentes (835)

Z91.19 Incumplimiento del tratamiento médico (835)

E66.9 Sobre peso u Obesidad (835)

Z76 5

Z76.5	Fingiendo (835)
R41.81	Deterioro cognitivo relacionado con la edad (835)
\$41.83	Funcionamiento intelectual límite (836)

SECCIÓN I

Conceptos básicos del DSM-5

[Introducción](#)

[Uso del Manual](#)

[Declaración de precaución para el uso forense del DSM-5](#)

2

3

Esta sección proporciona una orientación básica sobre el propósito, la estructura, el contenido y el uso del DSM-5. La Introducción comienza con una descripción de los procesos de revisión del DSM-5 y DSM-5-TR, seguida de una descripción general de la estructura organizativa del DSM-5 (p. ej., reagrupación de trastornos, armonización con la CIE-11) y cuestiones conceptuales clave, como como la definición de un trastorno mental, enfoques categóricos y dimensionales para el diagnóstico, cuestiones estructurales culturales y sociales, y diferencias de sexo y género. El uso del Manual presenta información para facilitar el uso del DSM-5, como una breve descripción general del proceso de diagnóstico, uso de subtipos y especificadores, otras categorías de trastornos mentales especificados y no especificados, uso del juicio clínico, procedimientos de codificación y registro, notas sobre terminología, descripciones de los tipos de información en el texto del DSM-5-TR y mejoras en línea. La sección concluye con una Declaración de precaución para el uso forense del DSM-5.

Introducción

La creación de la quinta edición del **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales** (DSM-5) fue una tarea enorme que involucró a cientos de personas que trabajaron hacia un objetivo común durante un período de 12 años. Se involucró mucho pensamiento y deliberación en la evaluación de los criterios de diagnóstico, la consideración de la organización de cada aspecto del manual y la creación de nuevas funciones que se cree que son más útiles para los médicos, como medidas dimensionales que pueden ayudar a identificar síntomas emergentes o determinar y monitorear cambios en severidad. Todos estos esfuerzos se han dirigido al objetivo de mejorar la utilidad del DSM-5 como guía clínica en el diagnóstico de los trastornos mentales, así como su valor para la investigación.

El DSM-5 se esfuerza por satisfacer la necesidad de médicos, pacientes, familias e investigadores de una descripción clara y concisa de cada trastorno mental, que se ha operacionalizado utilizando criterios de diagnóstico que se complementan con medidas dimensionales de gravedad y se acompaña de un compendio de información sobre el diagnóstico, incluidos los factores de riesgo y la cultura y cuestiones relacionadas con el sexo y el género.

Se necesita capacitación clínica y experiencia para usar el DSM para determinar un diagnóstico clínico. Los criterios de diagnóstico identifican síntomas y signos que comprenden afectos, comportamientos, funciones cognitivas y rasgos de personalidad junto con signos físicos, combinaciones de síntomas (síndromes) y duraciones que requieren experiencia clínica para diferenciarlos de la variación normal y las respuestas transitorias al estrés. El proceso de diagnóstico puede verse facilitado por un examen completo de la variedad de síntomas que pueden estar presentes, por ejemplo, mediante la realización de una revisión de los sistemas mentales utilizando la Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5, según lo recomendado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA).) **Pautas de práctica para la evaluación psiquiátrica de adultos** (ver “Medidas de síntomas transversales de nivel 1”).

El uso de los criterios del DSM tiene la clara virtud de crear un lenguaje común para la comunicación entre los médicos sobre el diagnóstico de

trastornos Los trastornos reconocidos oficialmente se encuentran en la Sección II del manual. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos criterios de diagnóstico y su ubicación dentro de la clasificación se basan en investigaciones actuales y es posible que deban modificarse a medida que avanza la investigación.

Desarrollo del DSM-5-TR

Breve historia de las ediciones anteriores del DSM La primera edición del ***Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*** de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría apareció en 1952. Este fue el primer manual oficial de trastornos mentales que contenía un glosario de descripciones de las categorías diagnósticas. El uso del término “reacción” a lo largo de la clasificación reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer de que los trastornos mentales representaban reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos. En el desarrollo de la segunda edición (DSM-II), se tomó la decisión de basar la clasificación en la sección de trastornos mentales de

la octava revisión de la ***Clasificación Internacional de Enfermedades*** (ICD-8), para la cual representantes de la APA habían brindado asesoría. Tanto el DSM-II como la CIE-8 entraron en vigor en 1968.

Como había sido el caso del DSM-I y el DSM-II, el desarrollo del DSM III se coordinó con el desarrollo de la ***Clasificación Internacional de Enfermedades***, específicamente la CIE-9, que se publicó en 1975 y se implementó en 1978. Se comenzó a trabajar en el DSM -III en 1974, con publicación en 1980. El DSM-III, bajo la dirección de Robert L. Spitzer, MD, introdujo una serie de innovaciones metodológicas importantes, incluidos criterios de diagnóstico explícitos y un enfoque descriptivo que intentó ser neutral con respecto a las teorías. de la etiología de los trastornos mentales. La experiencia con el DSM-III reveló una serie de inconsistencias en el sistema. Por lo tanto, la APA nombró un grupo de trabajo para revisar el DSM-III,

que desarrolló las revisiones y correcciones que dieron lugar al DSM-III-R en 1987.

El DSM-IV se publicó en 1994. Fue la culminación de un esfuerzo de 6 años que involucró a más de 1000 personas y numerosas organizaciones profesionales. Gran parte del esfuerzo consistió en realizar una revisión exhaustiva de la literatura para establecer una base empírica firme para hacer modificaciones. Los desarrolladores del DSM-IV y la décima revisión de la CIE trabajaron en estrecha colaboración para coordinar sus esfuerzos, lo que resultó en una mayor congruencia entre los dos sistemas. La CIE-10 se publicó en 1992.

En el sitio web de la APA se encuentra un historial completo de todas las ediciones del DSM: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

Proceso de revisión del DSM-5

En 1999, la APA lanzó una evaluación de las fortalezas y debilidades de DSM. Este esfuerzo fue coordinado con la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Mundial de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en forma de varias conferencias, cuyas actas se publicaron en la monografía **A de 2002 Agenda de investigación para el DSM-V**. Posteriormente, de 2003 a 2008, un acuerdo de cooperación entre la APA y la OMS, con el apoyo del NIMH, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA), condujo a la convocatoria de 13 conferencias internacionales de planificación de la investigación del DSM-5, que involucran a 400 participantes de 39 países, para revisar la literatura mundial en áreas diagnósticas específicas para prepararse para las revisiones en el desarrollo del DSM-5 y la **Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^a Revisión (ICD-11)**. Los informes de estas conferencias formaron la base para futuras revisiones del Grupo de trabajo del DSM-5 y sentaron las bases para la nueva edición del DSM.

En 2006, la APA nombró a David J. Kupfer, MD, como presidente y a Darrel A. Regier, MD, MPH, como vicepresidente del grupo de trabajo DSM-5. Se les encomendó recomendar presidentes para los 13 grupos de trabajo de diagnóstico y miembros adicionales del grupo de trabajo con una gama multidisciplinaria de experiencia que supervisarían el desarrollo del DSM-5. La Junta de Fideicomisarios de la APA inició un proceso de investigación adicional para revelar las fuentes de ingresos y así evitar conflictos de intereses por parte del grupo de trabajo y el grupo de trabajo.

miembros La divulgación completa de todos los ingresos y becas de investigación de fuentes comerciales, incluida la industria farmacéutica, en los 3 años anteriores, la imposición de un tope de ingresos de todas las fuentes comerciales y la publicación de divulgaciones en un sitio web establecieron un nuevo estándar para el campo. .

Posteriormente, se aprobó el grupo de trabajo de 28 miembros en 2007 y se aprobaron los nombramientos de más de 130 miembros del grupo de trabajo en 2008. También se aprobó la participación en el proceso de más de 400 asesores de grupos de trabajo adicionales sin derecho a voto. Un concepto claro de la próxima etapa evolutiva para la clasificación de los trastornos mentales fue fundamental para los esfuerzos del grupo de trabajo y los grupos de trabajo. Esta visión surgió cuando el grupo de trabajo y los grupos de trabajo relataron la historia de la clasificación del DSM IV, sus fortalezas y limitaciones actuales y las direcciones estratégicas para su revisión.

Un proceso intensivo de 6 años involucró la realización de revisiones de literatura y análisis secundarios, la publicación de informes de investigación en revistas científicas, el desarrollo de criterios de diagnóstico preliminares, la publicación de borradores preliminares en el sitio web del DSM 5 para comentarios públicos, la presentación de hallazgos preliminares en reuniones profesionales, la realización de pruebas de campo y revisar los criterios y el texto. En general, muchos grupos educativos y profesionales de la salud participaron en este desarrollo y prueba del DSM-5, incluidos médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, consejeros, epidemiólogos, estadísticos, neurocientíficos y neuropsicólogos. Además, las personas con trastornos mentales y las familias de las personas con trastornos mentales, los abogados, las organizaciones de consumidores y los grupos de defensa participaron en la revisión del DSM-5 brindando comentarios sobre los trastornos mentales descritos en este volumen.

Propuestas de revisión Las propuestas para

la revisión de los criterios de diagnóstico del DSM-IV fueron desarrolladas por miembros de los grupos de trabajo sobre la base de la justificación, el alcance del cambio, el impacto esperado en el manejo clínico y la salud pública, la solidez de la evidencia de investigación de apoyo, la claridad general, y utilidad clínica. Propuestas

abarcó cambios en los criterios de diagnóstico; la adición de nuevos trastornos, subtipos y especificadores; y la eliminación de los trastornos existentes.

En las propuestas de revisión, primero se identificaron las fortalezas y debilidades de los criterios y la nosología actuales. Se consideraron los hallazgos científicos novedosos de las dos décadas anteriores, lo que condujo a la creación de un plan de investigación para evaluar los posibles cambios a través de revisiones de la literatura y análisis de datos secundarios. Cuatro principios guiaron las revisiones preliminares: 1) El DSM-5 está destinado principalmente a ser un manual para que lo utilicen los médicos, y las revisiones deben ser factibles para la práctica clínica habitual; 2) las recomendaciones para las revisiones deben guiarse por la evidencia de la investigación; 3) cuando sea posible, se debe mantener la continuidad con las ediciones anteriores del DSM; y 4) no deben imponerse restricciones a priori sobre el grado de cambio entre el DSM IV y el DSM-5.

Sobre la base de las revisiones bibliográficas iniciales, los grupos de trabajo identificaron cuestiones clave dentro de sus áreas de diagnóstico. Los grupos de trabajo también examinaron preocupaciones metodológicas más amplias, como la presencia de hallazgos contradictorios en la literatura; desarrollo de una definición refinada de trastorno mental; y una consideración de temas transversales relevantes para todos los trastornos. La inclusión de una propuesta de revisión en la Sección II se basó en la consideración de sus ventajas y desventajas para la salud pública y la utilidad clínica, la solidez de la evidencia y la magnitud del cambio. Los nuevos diagnósticos y subtipos de trastornos y especificadores estaban sujetos a estipulaciones adicionales, como la demostración de confiabilidad (es decir, el grado en que dos médicos podrían llegar de forma independiente al mismo diagnóstico para un paciente determinado). Los trastornos con baja utilidad clínica y validez débil se consideraron para su eliminación. La ubicación de las condiciones propuestas en "Condiciones para estudios adicionales" en la Sección III dependía de la cantidad de evidencia empírica generada sobre el diagnóstico propuesto, la confiabilidad o validez del diagnóstico, la presencia de una necesidad clínica clara y el beneficio potencial en el avance de la investigación.

Pruebas de campo del DSM-5

El uso de pruebas de campo para demostrar empíricamente la confiabilidad fue una mejora notable introducida en el DSM-III. La estrategia de diseño e implementación de las pruebas de campo del DSM-5 representó varias

cambios de los enfoques utilizados para DSM-III y DSM-IV, particularmente en la obtención de datos sobre la precisión de las estimaciones de confiabilidad kappa (una medida estadística que evalúa el nivel de acuerdo entre evaluadores que corrige el acuerdo aleatorio debido a las tasas de prevalencia) en el contexto de real -Entornos clínicos mundiales con altos niveles de comorbilidad diagnóstica. Para el DSM-5, los ensayos de campo se ampliaron mediante el uso de dos diseños distintivos: uno en entornos médico-académicos grandes y diversos y el otro en prácticas clínicas de rutina. El primero aprovechó la necesidad de tamaños de muestra grandes para probar hipótesis sobre

confiabilidad y utilidad clínica de una variedad de diagnósticos en una variedad de poblaciones de pacientes; este último brindó información valiosa sobre el desempeño de las revisiones propuestas en entornos clínicos cotidianos entre una muestra diversa de usuarios del DSM. Se anticipa que los futuros estudios clínicos y de investigación básica se centrarán en la validez de los criterios de diagnóstico categóricos revisados y las características dimensionales subyacentes de estos trastornos (incluidos los que ahora explora la iniciativa Criterios de dominio de investigación del NIMH).

Los ensayos de campo médico-académicos se realizaron en 11 centros médico-académicos de América del Norte desde diciembre de 2010 hasta octubre de 2011 y evaluaron la confiabilidad, viabilidad y utilidad clínica de revisiones seleccionadas, con prioridad para aquellas que representaban el mayor grado de cambio del DSM. -IV o aquellos que potencialmente tengan el mayor impacto en la salud pública. Se examinaron las poblaciones completas de pacientes clínicos que acudieron a cada sitio para diagnósticos del DSM-IV o síntomas calificadores que pudieran predecir varios trastornos específicos del DSM-5 de interés. Para cada sitio se identificaron muestras estratificadas de cuatro a siete trastornos específicos, además de un estrato que contenía una muestra representativa de todos los demás diagnósticos. Los pacientes dieron su consentimiento para el estudio y fueron asignados al azar para una entrevista clínica por un médico ciego al diagnóstico clínico, seguida de una segunda entrevista que se llevó a cabo dentro de las 2 semanas con un médico ciego a los diagnósticos realizados por el primer entrevistador. Los pacientes primero completaron un inventario asistido por computadora de síntomas transversales en más de una docena de dominios psicológicos. Estos inventarios fueron puntuados por una computadora y los resultados se proporcionaron a los médicos antes de que realizaran una entrevista clínica típica (sin protocolo estructurado).

Los médicos debían calificar la presencia de criterios de calificación en una lista de verificación de diagnóstico DSM-5 asistida por computadora, determinar los diagnósticos, calificar la gravedad del diagnóstico y cargar los datos en un depósito central. El diseño de este estudio permitió calcular el grado en que dos médicos independientes podían ponerse de acuerdo sobre un diagnóstico (usando la estadística kappa intraclass) y sobre las calificaciones administradas por el médico de la gravedad de los síntomas transversales y específicos del diagnóstico (usando coeficientes de correlación intraclass), como así como el nivel de acuerdo sobre las medidas de síntomas transversales, rasgos de personalidad, discapacidad y gravedad diagnóstica autoinformados administrados al mismo paciente en dos ocasiones con hasta 2 semanas de diferencia (utilizando coeficientes de correlación intraclass), junto con información sobre el precisión de estas estimaciones de confiabilidad. También fue posible evaluar las tasas de prevalencia de las condiciones DSM-IV y DSM-5 en las respectivas poblaciones clínicas.

Los ensayos de campo de práctica clínica de rutina involucraron el reclutamiento de psiquiatras individuales y otros médicos de salud mental y se llevaron a cabo desde octubre de 2011 hasta marzo de 2012. Se reclutó una muestra de voluntarios que incluía psiquiatras generalistas y especializados, psicólogos, trabajadores sociales clínicos autorizados, consejeros, asesores matrimoniales y familiares. terapeutas y enfermeras de salud mental psiquiátrica de práctica avanzada. Los ensayos de campo dieron a conocer los diagnósticos propuestos y las medidas dimensionales del DSM-5 a una amplia gama de médicos para evaluar su viabilidad y utilidad clínica.

Revisión Pública y Profesional

En 2010, la APA lanzó un sitio web dedicado a la revisión del DSM-5 para facilitar la participación pública y profesional en el DSM-5. Todos los criterios de diagnóstico preliminares y los cambios propuestos en la organización se publicaron en www.dsm5.org por un período de comentarios de 2 meses. Los comentarios totalizaron más de 8.000 presentaciones, que fueron revisadas sistemáticamente por cada uno de los 13 grupos de trabajo, cuyos miembros, cuando correspondía, integraron preguntas y comentarios en las discusiones de las revisiones preliminares y los planes para las pruebas de campo. Después de las revisiones del borrador inicial de criterios y la organización del capítulo propuesto, se realizó una segunda publicación en 2011. Los grupos de trabajo consideraron los comentarios de las publicaciones web y los resultados de las pruebas de campo del DSM-5

al redactar los criterios finales propuestos, que se publicaron en el sitio web por tercera y última vez en 2012. Estas tres iteraciones de revisión externa produjeron más de 13,000 comentarios firmados individualmente en el sitio web que fueron recibidos y revisados por el equipo de trabajo.

grupos, además de miles de firmantes de peticiones organizados a favor y en contra de algunas revisiones propuestas, todo lo cual permitió que el grupo de trabajo abordara activamente las preocupaciones de los usuarios del DSM, así como de pacientes y grupos de defensa, y garantizar que la utilidad clínica siguiera siendo una alta prioridad.

Revisión de expertos y aprobación final Los miembros de los 13

grupos de trabajo, que representan la experiencia en sus respectivas áreas, colaboraron con asesores y revisores bajo la dirección general del Grupo de trabajo DSM-5 para redactar los criterios de diagnóstico y el texto adjunto. Este esfuerzo fue apoyado por un equipo de personal de la División de Investigación de la APA y desarrollado a través de una red de coordinadores de texto de cada grupo de trabajo. La preparación del texto fue coordinada por el editor de texto, trabajando en estrecha colaboración con los grupos de trabajo y bajo la dirección de los presidentes de los grupos de trabajo. El Comité de Revisión Científica (SRC) se estableció para proporcionar un proceso de revisión científica por pares que fuera externo al de los grupos de trabajo. El presidente del SRC, el vicepresidente y seis miembros del comité se encargaron de revisar el grado en que los cambios propuestos del DSM-IV podrían respaldarse con evidencia científica. Cada propuesta de revisión de diagnóstico requería un memorando de evidencia para el cambio preparado por el grupo de trabajo y acompañado por un resumen de datos de apoyo organizados en torno a validadores para los criterios de diagnóstico propuestos (es decir, validadores de antecedentes como agregación familiar, validadores concurrentes como marcadores biológicos, y validadores prospectivos como la respuesta al tratamiento o el curso de la enfermedad). Las presentaciones fueron revisadas por el SRC y calificadas de acuerdo con la solidez de los datos científicos de apoyo. Otras justificaciones para el cambio, como las que surgen de la experiencia o la necesidad clínica o de una reformulación conceptual de las categorías diagnósticas, generalmente se consideraron fuera del ámbito del SRC. Los revisores

Las puntuaciones, que variaron sustancialmente entre las diferentes propuestas, y un breve comentario adjunto se devolvieron luego a la Junta Directiva de la APA y a los grupos de trabajo para su consideración y respuesta.

El Comité Clínico y de Salud Pública (CPHC), compuesto por un presidente, un vicepresidente y seis miembros, fue designado para considerar cuestiones adicionales de utilidad clínica, salud pública y clarificación lógica para los criterios que aún no habían acumulado el tipo o nivel de evidencia considerada suficiente para el cambio por el SRC. Este proceso de revisión fue particularmente importante para los trastornos del DSM-IV con deficiencias conocidas para los cuales los remedios propuestos no se habían considerado previamente en el proceso de revisión del DSM ni se habían sometido a estudios de investigación replicados. Estos trastornos seleccionados fueron evaluados por cuatro o cinco revisores externos, y los resultados cegados fueron revisados por miembros de CPHC, quienes a su vez hicieron recomendaciones a la Junta Directiva de APA y los grupos de trabajo.

Los miembros del Consejo de Psiquiatría y Derecho de la APA realizaron revisiones forenses de los criterios de diagnóstico y el texto para los trastornos que aparecen con frecuencia en entornos forenses y aquellos con un alto potencial para influir en las sentencias civiles y penales en los tribunales. Los grupos de trabajo también agregaron expertos forenses como asesores en áreas pertinentes para complementar la experiencia proporcionada por el Consejo de Psiquiatría y Derecho.

Luego se proporcionó una recomendación final del grupo de trabajo al Comité de la Asamblea de la APA sobre el DSM-5 para considerar algunas de las características de utilidad clínica y factibilidad de las revisiones propuestas. La Asamblea es un cuerpo deliberativo de la APA que representa a las sucursales del distrito y la membresía más amplia que está compuesta por psiquiatras de todo Estados Unidos que brindan diversidad geográfica, de tamaño de práctica y basada en intereses. El Comité sobre el DSM-5 estaba compuesto por un grupo diverso de líderes de la Asamblea.

Después de los pasos de revisión anteriores, se llevaron a cabo sesiones ejecutivas del "comité de la cumbre" para consolidar los aportes de la revisión, incluidos los presidentes de los comités de la Asamblea, los presidentes de los grupos de trabajo, un asesor forense y un asesor estadístico, para una revisión preliminar de cada trastorno por parte de la Asamblea y la APA. Comisiones ejecutivas del Patronato. Esto precedió a una revisión preliminar por parte de la Junta Directiva de la APA en pleno. La Asamblea votó, en noviembre de 2012, para recomendar que la Junta apruebe la publicación del DSM-5, y la Junta de la APA

de Fideicomisarios aprobó su publicación en diciembre de 2012. Los muchos expertos, revisores y asesores que contribuyeron a este proceso se enumeran en el Apéndice.

Revisões al DSM-5

Proceso de revisión iterativa del DSM-5

Los avances en la publicación digital que permiten la difusión oportuna de los cambios han allanado el camino para que la Asociación Estadounidense de Psiquiatría adopte un modelo de mejora iterativo para el DSM, en el que las revisiones están vinculadas a avances científicos específicos. El Comité Directivo del DSM (análogo al Grupo de Trabajo del DSM-5) fue designado en la primavera de 2014, con Paul Appelbaum, MD, como presidente y Ellen Leibenluft, MD, y Kenneth Kendler, MD, como vicepresidentes, para supervisar el proceso de revisión iterativo, junto con el establecimiento de un portal web (www.dsm5.org) presentar propuestas de manera continua. Los cambios propuestos pueden incluir la adición de nuevos trastornos y la eliminación o modificación de conjuntos de criterios de diagnóstico en las Secciones II y III del DSM-5, así como cambios en el texto. Las presentaciones deben ir acompañadas de información de apoyo en un formato estructurado, incluidos los motivos del cambio, la magnitud del cambio, los datos que documentan las mejoras en la validez en una variedad de validadores, la evidencia de la confiabilidad y la utilidad clínica, y la consideración de las consecuencias nocivas actuales o potenciales. asociado con el cambio propuesto.

Los enfoques para validar los criterios de diagnóstico para los trastornos mentales categóricos han incluido los siguientes tipos de evidencia: validadores de antecedentes (marcadores genéticos similares, rasgos familiares, temperamento y exposición ambiental), validadores concurrentes (sustratos neuronales similares, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo y síntomas). similitud) y validadores predictivos (curso clínico similar y respuesta al tratamiento). Se adoptan nuevos criterios para los trastornos actuales si producen mejora en alguna de estas clases de validadores. Además, se agregan nuevos trastornos al DSM si se demuestra que son válidos por un subconjunto sustancial de estos

validadores, así como cumplir con los criterios para un trastorno mental y demostrar utilidad clínica.

Las propuestas enviadas al portal web del DSM se someten a una revisión inicial por parte del Comité Directivo para determinar si la evidencia de la propuesta, a primera vista, parece sustancialmente probable que cumpla con los criterios para la aprobación. Si es así, la propuesta se remite a uno de los cinco Comités de Revisión permanentes (funcionalmente análogos a los Grupos de Trabajo del DSM), que cubren amplios dominios del diagnóstico psiquiátrico. Al recibir una propuesta del Comité Directivo, el Comité de Revisión asignado considera la evidencia que respalda el cambio propuesto, solicita información adicional si es necesario y devuelve la propuesta al Comité Directivo con recomendaciones para su disposición y, en algunos casos, modificaciones sugeridas. . Si el Comité Directivo está de acuerdo en que parece existir evidencia suficiente para respaldar la propuesta, la revisión propuesta se publica en el sitio web del DSM-5 para comentario público. La etapa final consiste en hacer los ajustes necesarios en función de los comentarios y luego enviar la versión final a la Asamblea de APA y la Junta de Síndicos para su aprobación.

Una vez aprobado, la versión en línea del manual (ver <https://psychiatryonline.org>) se actualiza para reflejar los cambios. Todos los cambios que se han aprobado desde la publicación del DSM-5 en 2013 están incluidos en el DSM-5-TR.

Proceso de revisión del texto del DSM-5

En la primavera de 2019, la APA comenzó a trabajar en el DSM-5-TR, con Michael B. First, MD y Philip Wang, MD, Dr.PH, como copresidentes del subcomité de revisión y Wilson M. Compton, MD y Daniel S. Pine. , MD, como vicepresidentes del subcomité de revisión. El esfuerzo de desarrollo del DSM-5-TR involucró a más de 200 expertos (la mayoría de los cuales participaron en el desarrollo del DSM-5), a quienes se les asignó la tarea de realizar revisiones de la literatura que cubrían los últimos 10 años y revisar el texto para identificar -de material fechado. Una revisión de

conflictos de intereses para todos los cambios propuestos en el texto se llevó a cabo para eliminar cualquier posible compromiso de la objetividad del contenido.

Reflejando la estructura del proceso del DSM-5, los expertos se dividieron en 20 grupos de revisión de Trastornos, cada uno encabezado por un editor de sección. Cuatro grupos de revisión transversales (Cultura, Sexo y Género, Suicidio y Medicina Forense) revisaron todos los capítulos, centrándose en el material relacionado con su experiencia específica. El texto también fue revisado por un grupo de trabajo sobre Equidad e Inclusión Etnoracial para garantizar la atención adecuada a los factores de riesgo como el racismo y la discriminación y el uso de un lenguaje no estigmatizante. Aunque el alcance de la revisión del texto no incluyó cambios conceptuales a los conjuntos de criterios, algunas aclaraciones necesarias a ciertos criterios de diagnóstico se hicieron evidentes durante la revisión del texto. Las propuestas de cambios en los criterios de diagnóstico o las definiciones de los especificadores que fueron el resultado del proceso de revisión del texto fueron revisadas y aprobadas por el Comité Directivo del DSM, así como por la Asamblea de la APA y la Junta Directiva, como parte del proceso de revisión iterativa del DSM-5 descrito en el apartado anterior.

Cambios en la organización del DSM-5 Estructura

El DSM es una clasificación médica de trastornos y, como tal, sirve como un esquema cognitivo determinado históricamente que se impone a la información clínica y científica para aumentar su comprensión y utilidad. La clasificación de los trastornos (la forma en que se agrupan los trastornos) proporciona una organización de alto nivel para el manual.

Reagrupación de trastornos en el DSM-5 Los miembros del grupo de estudio de espectros de diagnóstico del DSM-5 examinaron si los validadores científicos podrían informar posibles nuevas agrupaciones de trastornos relacionados dentro del marco categórico existente. Once de estos indicadores fueron recomendados por el grupo de estudio para este propósito (es decir, su capacidad para separar significativamente grupos de enfermedades psiquiátricas entre sí): sustratos neurales, rasgos familiares, factores de riesgo genéticos, factores de riesgo ambientales específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentales, anomalías de procesamiento emocional o cognitivo, similitud de síntomas, curso de la enfermedad, alta

comorbilidad y respuesta compartida al tratamiento. Estos indicadores sirvieron al grupo de estudio como pautas empíricas para informar la toma de decisiones de los grupos de trabajo y el grupo de trabajo sobre cómo agrupar los trastornos para maximizar su validez y utilidad clínica (es decir, cuanto más probable es que los trastornos compartan estos validadores, más probable es que estaría en el mismo grupo de diagnóstico).

Se desarrolló y publicó una serie de artículos en una destacada revista internacional (*Psychological Medicine*, Vol. 39, 2009) como parte de los procesos de desarrollo del DSM-5 y el ICD-11 para documentar que tales validadores eran más útiles para sugerir grandes agrupaciones de trastornos, así como para “validar” los cambios propuestos a los criterios de diagnóstico.

Cuando la APA y la OMS comenzaron a planificar sus respectivas revisiones del DSM y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (ICD), ambas consideraron la posibilidad de mejorar la utilidad clínica (p. ej., ayudando a explicar la comorbilidad aparente) y facilitar la investigación científica al repensar las estructuras organizacionales de ambas publicaciones. Tanto para el Grupo de Trabajo del DSM-5 como para el Grupo Asesor Internacional de la OMS sobre la revisión de la Sección sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10, era fundamental que las revisiones de la organización mejoraran la utilidad clínica y se mantuvieran dentro de los límites de una buena reproducción.

12

información científica Con ese espíritu, la revisión de la estructura organizativa se abordó como una reforma diagnóstica conservadora y evolutiva que se guiaría por la evidencia científica emergente sobre las relaciones entre los grupos de trastornos. Al reordenar y reagrupar los trastornos existentes, la estructura revisada pretende estimular nuevas perspectivas clínicas y alentar a los investigadores a identificar los factores transversales psicológicos y fisiológicos que no están sujetos a designaciones categóricas estrictas.

Al principio del curso de las revisiones, se hizo evidente que una estructura organizativa compartida ayudaría a armonizar las clasificaciones. Para sorpresa de los participantes en ambos procesos de revisión, grandes secciones del contenido encajaron con relativa facilidad, reflejando fortalezas reales en algunas áreas de la literatura científica, como la epidemiología, los análisis de

comorbilidad, estudios de gemelos y algunos otros diseños genéticamente informados. Cuando surgían disparidades, casi siempre reflejaban la necesidad de emitir un juicio sobre dónde ubicar un trastorno frente a datos incompletos o, más a menudo, contradictorios. Así, por ejemplo, sobre la base de los patrones de síntomas, la comorbilidad y los factores de riesgo compartidos, el trastorno ~~hiperactividad (TDAH)~~ se colocó dentro del capítulo "Trastornos del neurodesarrollo" del DSM-5, aunque los mismos datos también apoyaron argumentos sólidos para coloqe el TDAH dentro del capítulo "Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta". Estos problemas se resolvieron con la preponderancia de la evidencia que respalda la ubicación en el capítulo "Trastornos del neurodesarrollo" en el DSM-5.

La organización de los capítulos del DSM-5 después de los trastornos del neurodesarrollo se basa en grupos de trastornos de internalización (es decir, trastornos con síntomas prominentes de ansiedad, depresión y somáticos), trastornos de externalización (es decir, trastornos con conducta impulsiva, disruptiva y uso de sustancias síntomas), trastornos neurocognitivos y otros trastornos. Se espera que esta organización fomente un mayor estudio de los procesos fisiopatológicos subyacentes que dan lugar a la comorbilidad diagnóstica y la heterogeneidad de los síntomas. Además, al organizar los grupos de trastornos para reflejar la realidad clínica, el DSM-5 debería facilitar la identificación de posibles diagnósticos por parte de especialistas no especializados en salud mental, como los médicos de atención primaria.

A pesar del problema planteado por los diagnósticos categóricos, el grupo de trabajo del DSM-5 reconoció que científicamente habría sido prematuro proponer definiciones dimensionales alternativas para la mayoría de los trastornos. La estructura organizativa está destinada a servir como puente hacia nuevos enfoques de diagnóstico sin interrumpir la práctica clínica o la investigación actual. Se anticipa que el enfoque más dimensional y la estructura organizativa del DSM-5 facilitarán la investigación en las categorías de diagnóstico actuales al fomentar investigaciones amplias dentro de los capítulos propuestos y en los capítulos adyacentes. Dicha investigación también debería mantener al DSM-5 en el centro del desarrollo de enfoques dimensionales para el diagnóstico que probablemente complementarán o reemplazarán los enfoques categóricos actuales en los próximos años.

Combinación del desarrollo y la duración de la vida Consideraciones

Para mejorar la utilidad clínica, el DSM-5 está organizado a lo largo de trayectorias de desarrollo y de vida. Comienza con diagnósticos que se cree que reflejan procesos de desarrollo que se manifiestan temprano en la vida (p. ej., trastornos del neurodesarrollo y espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), seguidos de diagnósticos que se manifiestan más comúnmente en la adolescencia y la edad adulta joven (p. ej., trastornos bipolares y relacionados, trastornos depresivos , y trastornos de ansiedad), y termina con diagnósticos relevantes para la edad adulta y la vida posterior (p. ej., trastornos neurocognitivos). En la medida de lo posible, se ha adoptado un enfoque similar dentro de cada capítulo. Esta estructura organizativa facilita el uso integral de la información sobre la duración de la vida como una forma de ayudar en la toma de decisiones diagnósticas.

13

Armonización con ICD-11

Los grupos encargados de revisar los sistemas DSM e ICD compartían el objetivo general de armonizar las dos clasificaciones tanto como fuera posible, por las siguientes razones:

- La existencia de dos clasificaciones principales de los trastornos mentales dificulta la recopilación y el uso de estadísticas nacionales de salud, el diseño de ensayos clínicos destinados a desarrollar nuevos tratamientos y la consideración de la aplicabilidad global de los resultados por parte de las agencias reguladoras internacionales.
- En términos más generales, la existencia de dos clasificaciones complica los intentos de replicar resultados a través de las fronteras nacionales.
- Incluso cuando la intención era identificar poblaciones de pacientes idénticas, los diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 no siempre coincidían.

Como se discutió anteriormente en esta introducción, el esfuerzo por armonizar con ICD-11 se limitó a la armonización en gran parte exitosa de la estructura organizacional. Debido a las diferencias en el tiempo, la armonización completa de los criterios diagnósticos del DSM-5 con las definiciones de trastornos de la CIE-11 no fue posible porque el esfuerzo de desarrollo del DSM-5 fue

varios años antes del proceso de revisión de la CIE-11. En consecuencia, los criterios de diagnóstico del DSM-5 se finalizaron justo cuando los grupos de trabajo de la CIE-11 comenzaban a desarrollar las descripciones clínicas y las pautas de diagnóstico de la CIE-11. Todavía se logró alguna mejora en la armonización a nivel de trastorno; muchos miembros del grupo de trabajo de la CIE-11 habían participado en el desarrollo de los criterios de diagnóstico del DSM-5, y se instruyó a los grupos de trabajo de la CIE-11 para que revisaran los conjuntos de criterios del DSM-5 y se esforzaran por hacer que las pautas de diagnóstico de la CIE-11 fueran similares a DSM-5 como sea posible a menos que haya una razón considerada para que difieran. Una revisión que comparó las diferencias del DSM 5/CIE-11 con las diferencias del DSM-IV/CIE-10 encontró que la CIE y el DSM ahora están más cerca que en cualquier otro momento desde el DSM-II y la CIE-8 y que las diferencias actuales se basan en gran medida en diferentes prioridades y usos de los dos sistemas de diagnóstico y en las diferentes interpretaciones de la evidencia.

Aunque la CIE-11 fue aprobada oficialmente para su uso por los países miembros de la OMS durante la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 y entró en vigor oficialmente el 1 de enero de 2022, cada país elige cuándo adoptar la CIE-11. Actualmente no hay un cronograma propuesto para la implementación de ICD-11 en los Estados Unidos. En consecuencia, en el futuro previsible, el sistema de codificación oficial en los Estados Unidos seguirá siendo la ***Clasificación Internacional de Enfermedades***, Décima Revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM).

Marcos conceptuales clave y Enfoques

Definición de un trastorno mental

Cada trastorno identificado en la Sección II del manual (excluidos los de los capítulos "Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos" y "Otras afecciones que pueden ser un foco de atención clínica") debe cumplir con la definición de trastorno mental. . Aunque ninguna definición puede capturar todos los aspectos de la gama de trastornos contenidos en el DSM-5, se requieren los siguientes elementos:

Un **trastorno mental** es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental. Los trastornos mentales generalmente se asocian con una angustia o discapacidad significativa en actividades sociales, laborales u otras actividades importantes. Una respuesta esperable o culturalmente aprobada a un factor estresante o pérdida común, como la muerte de un ser querido, no es un trastorno mental. El comportamiento socialmente desviado (p. ej., político, religioso o sexual) y los conflictos que son principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos que la desviación o el conflicto resulten de una disfunción en el individuo, como se describe anteriormente.

El diagnóstico de un trastorno mental debe tener utilidad clínica: debe ayudar a los médicos a determinar el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento para sus pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a la necesidad de tratamiento. La necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que tiene en cuenta la gravedad de los síntomas, la prominencia de los síntomas (p. ej., la presencia de pensamientos suicidas), la angustia del individuo (dolor mental) asociada con los síntomas, la discapacidad relacionada con los síntomas del individuo, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles, y otros factores (p. ej., síntomas psiquiátricos que complican otra enfermedad).

Por lo tanto, los médicos pueden encontrarse con personas cuyos síntomas no cumplen todos los criterios de un trastorno mental pero que demuestran una clara necesidad de tratamiento o atención. El hecho de que algunas personas no muestren todos los síntomas indicativos de un diagnóstico no debe utilizarse para justificar la limitación de su acceso a la atención adecuada.

Cabe señalar que la definición de trastorno mental se desarrolló con fines clínicos, de salud pública y de investigación. Por lo general, se requiere información adicional más allá de la contenida en los criterios de diagnóstico del DSM-5 para emitir juicios legales sobre cuestiones tales como responsabilidad penal,

elegibilidad para la compensación por discapacidad y competencia (consulte la "Declaración de advertencia para el uso forense del DSM-5" al final de la Sección I).

Enfoques categóricos y dimensionales para el diagnóstico Los problemas estructurales arraigados en el diseño categórico del DSM han surgido tanto en la práctica clínica como en la investigación. La evidencia relevante de tales problemas incluye altas tasas de comorbilidad entre trastornos, heterogeneidad de síntomas dentro de los trastornos y la necesidad sustancial de otros diagnósticos especificados y no especificados para clasificar el número sustancial de presentaciones clínicas que no cumplen con los criterios para ninguno de los trastornos específicos del DSM. Los estudios de factores de riesgo tanto genéticos como ambientales, ya sea que se basen en diseños de gemelos, transmisión familiar o análisis moleculares, también han planteado dudas sobre si un enfoque categórico es la forma óptima de estructurar el sistema DSM.

Existe un amplio reconocimiento de que un sistema categórico demasiado rígido no captura la experiencia clínica ni las observaciones científicas importantes. Los resultados de numerosos estudios de comorbilidad y transmisión de enfermedades en las familias, incluidos estudios de gemelos y estudios de genética molecular, son argumentos sólidos para lo que muchos médicos astutos han observado durante mucho tiempo: los límites entre muchas "categorías" de trastornos son más fluidos a lo largo del curso de la vida que antes. reconocido, y muchos síntomas que constituyen las características esenciales de un trastorno en particular pueden ocurrir, en diferentes niveles de severidad, en muchos otros trastornos.

Un enfoque dimensional clasifica las presentaciones clínicas sobre la base de la cuantificación de atributos en lugar de la asignación a categorías y funciona mejor para describir fenómenos que se distribuyen continuamente y que no tienen límites claros. Aunque los sistemas dimensionales aumentan la confiabilidad y comunican más información clínica

(porque informan atributos clínicos que podrían ser subumbrales en un sistema categórico), también tienen serias limitaciones y, hasta el momento, han sido menos útiles que los sistemas categóricos en la práctica clínica.

Las descripciones dimensionales numéricas son mucho menos familiares y vívidas que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Además, hasta el momento no hay acuerdo sobre la elección de las dimensiones óptimas que se utilizarán con fines de clasificación. No obstante, con el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales y el establecimiento de puntos de corte clínicamente significativos para guiar las decisiones de tratamiento, es probable que finalmente se acepten más los enfoques dimensionales como método para transmitir información clínica y como herramienta de investigación.

Por razones tanto de utilidad clínica como de compatibilidad con la clasificación categórica de la CIE requerida para la codificación, el DSM-5 sigue siendo una clasificación principalmente categórica con elementos dimensionales que divide los trastornos mentales en tipos según conjuntos de criterios con características definitorias. A pesar del marco categórico, es importante reconocer que en el DSM-5 no se supone que cada categoría de trastorno mental sea una entidad completamente discreta con límites absolutos que la separen de otros trastornos mentales o de ningún trastorno mental. Tampoco se supone que todos los individuos descritos con el mismo trastorno mental sean similares en todos los aspectos importantes. Por lo tanto, el médico que utiliza el DSM-5 debe tener en cuenta que es probable que los individuos que comparten un diagnóstico sean heterogéneos, incluso en lo que respecta a las características definitorias del diagnóstico, y que los casos límite serán difíciles de diagnosticar excepto de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, fomenta una atención más específica a los casos límite y enfatiza la necesidad de capturar información clínica adicional que va más allá del diagnóstico.

Medidas de síntomas transversales Dado que las patologías psiquiátricas no son confiablemente discretas con límites definidos entre sí, los médicos deben cambiar su enfoque de evaluación y mirar más allá de las presentaciones prototípicas que coinciden claramente con las categorías del DSM. Para ayudar con esa transición, la Sección III, "Medidas y modelos emergentes", proporciona la Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5, desarrollada para ayudar a los médicos a evaluar todas las áreas principales del funcionamiento psiquiátrico (p. ej., estado de ánimo, psicosis, cognición, personalidad, sueño) y descubrir más a fondo posibles trastornos, presentaciones atípicas, condiciones subsindrómicas y patologías coexistentes. Tal como

la revisión de sistemas realizada en medicina general actúa como un inventario diseñado para llamar la atención sobre síntomas o signos que de otro modo podrían haberse pasado por alto, la Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 actúa como una revisión de los sistemas mentales, destinada a ayudar a los médicos para identificar mejor los trastornos latentes y los síntomas que necesitan una evaluación más detallada (y que posiblemente necesiten tratamiento). La Medida de Síntomas Transversales de Nivel 1 del DSM-5 se recomienda como un componente importante de la evaluación psiquiátrica de las personas que se presentan para recibir atención psiquiátrica, y **las Pautas Prácticas para la Evaluación Psiquiátrica de Adultos de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría** respaldan su uso como un primer paso para identificar y abordar la heterogeneidad de los síntomas en las categorías de diagnóstico. Las versiones clasificadas por uno mismo, el padre/tutor y el niño (de 11 a 17 años) de la Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 están disponibles en línea sin costo clínico en www.psychiatry.org/dsm5.

por usar en

Eliminación del sistema multiaxial DSM-IV El DSM-IV ofrecía un sistema multiaxial de registro de diagnósticos que implicaba una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales se refería a un dominio de información diferente. El DSM-5 ha pasado a una documentación no axial del diagnóstico. Los trastornos y afecciones que anteriormente se enumeraban en el Eje I (trastornos clínicos), el Eje II (trastornos de la personalidad y trastornos del desarrollo intelectual) y el Eje III (otras afecciones médicas) se enumeran juntos sin diferenciación formal, generalmente en orden de importancia clínica.

Psicosocial y

diecisésis

los factores contextuales (anteriormente enumerados en el Eje IV) se enumeran junto con los diagnósticos y las condiciones utilizando códigos Z en el capítulo "Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica". El Eje V del DSM-IV consistió en la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), que representa el juicio del médico sobre el nivel general del individuo de "funcionamiento en un continuo hipotético de salud mental-enfermedad". Esta escala ha sido reemplazada por el Programa de Evaluación de Discapacidad de la OMS (WHODAS), que

se incluye en la Sección III del DSM-5 (ver el capítulo “Medidas de evaluación”). El WHODAS se basa en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) para su uso en toda la medicina y la atención de la salud.

Problemas estructurales culturales y sociales

Los trastornos mentales son definidos y reconocidos por los médicos y otras personas en el contexto de las normas y valores socioculturales y comunitarios locales. Los contextos culturales dan forma a la experiencia y expresión de los síntomas, signos, comportamientos y umbrales de gravedad que constituyen criterios para el diagnóstico. Los contextos socioculturales también dan forma a aspectos de la identidad (como el origen étnico o la raza) que confieren posiciones sociales específicas y exponen de manera diferencial a las personas a los determinantes sociales de la salud, incluida la salud mental. Estos elementos culturales se transmiten, revisan y recrean dentro de las familias, las comunidades y otros sistemas e instituciones sociales y cambian con el tiempo. La evaluación diagnóstica debe incluir cómo las experiencias, los síntomas y los comportamientos de un individuo difieren de las normas socioculturales relevantes y conducen a dificultades de adaptación en su contexto de vida actual. Los médicos también deben tener en cuenta cómo las presentaciones clínicas de los individuos están influenciadas por su posición dentro de las estructuras sociales y las jerarquías que dan forma a la exposición a la adversidad y al acceso a los recursos. Los aspectos clave del contexto sociocultural relevantes para la clasificación y evaluación del diagnóstico se han considerado cuidadosamente en el desarrollo del DSM-5-TR.

Impacto de las normas y prácticas culturales

Los límites entre la normalidad y la patología varían según los contextos culturales para tipos específicos de comportamientos. Los umbrales de tolerancia para síntomas o comportamientos específicos difieren según los contextos culturales, los entornos sociales y las familias. Por lo tanto, diferirá el nivel en el que una experiencia se vuelve problemática o se percibe como patológica. El juicio de que una determinada conducta, experiencia o preocupación requiere atención clínica depende de las normas culturales que el individuo interioriza y que otros a su alrededor aplican, incluidos los miembros de la familia y los médicos. Para evaluar con precisión los signos y síntomas potenciales de la psicopatología, los médicos deben

considerar el impacto de los significados culturales, las identidades y las prácticas sobre las causas y el curso de la enfermedad, por ejemplo, a través de cualquiera de los siguientes factores: niveles de vulnerabilidad y los mecanismos de trastornos específicos (p. ej., amplificando los miedos que mantienen el trastorno de pánico o la salud). ansiedad); el estigma social y el apoyo generado por las respuestas familiares y comunitarias a las enfermedades mentales; estrategias de afrontamiento que mejoran la resiliencia en respuesta a la enfermedad o vías de búsqueda de ayuda para acceder a atención médica de varios tipos, incluidos tratamientos alternativos y complementarios; y la aceptación o rechazo de un diagnóstico y la adherencia a los tratamientos, afectando el curso de la enfermedad y la recuperación. Los contextos culturales también afectan la conducta del encuentro clínico, incluida la entrevista de diagnóstico. Las diferencias culturales entre el médico/miembros del equipo de tratamiento y el individuo tienen implicaciones para la precisión y aceptación del diagnóstico, así como para las decisiones de tratamiento, las consideraciones de pronóstico y los res

Conceptos culturales de la angustia

Históricamente, el constructo del síndrome ligado a la cultura fue un foco de trabajo sobre la fenomenología descriptiva en psiquiatría y psicología cultural. A partir del DSM-5, este constructo ha sido reemplazado por tres conceptos que ofrecen mayor utilidad clínica:

17

1. ***El idioma cultural de angustia*** se refiere a un comportamiento o término lingüístico, frase o forma de hablar sobre síntomas, problemas o sufrimiento entre personas con antecedentes culturales similares para expresar o comunicar características esenciales de angustia (p. deprimido" para expresar bajo estado de ánimo o desánimo que no llega al umbral del trastorno depresivo mayor). No es necesario asociar una expresión de angustia con síntomas, síndromes o causas percibidas específicos. Puede usarse para transmitir una amplia gama de molestias, incluidas preocupaciones cotidianas, condiciones subclínicas o sufrimiento debido a circunstancias sociales en lugar de trastornos mentales. Por ejemplo, la mayoría de los grupos culturales tienen expresiones corporales comunes de angustia que se utilizan para expresar una amplia gama de sufrimientos y preocupaciones.

2. **Explicación cultural o causa percibida** se refiere a una etiqueta, atribución o característica de un modelo explicativo que proporciona un concepto culturalmente coherente de etiología o causa de síntomas, enfermedad o angustia (p. ej., la atribución de psicopatología al “estrés”, espíritus , o incumplimiento de las prácticas prescritas culturalmente). Las explicaciones causales pueden ser características destacadas de las clasificaciones locales de enfermedades que utilizan los profanos o los curanderos.
3. **El síndrome cultural** se refiere a un conjunto o grupo de síntomas distintivos concurrentes que se encuentran en grupos, comunidades o contextos culturales específicos (p. ej., **ataque de nervios**). El síndrome puede reconocerse o no como una enfermedad en el contexto cultural local (es decir, puede etiquetarse de manera no médica), pero tales patrones culturales de angustia y características de la enfermedad pueden, no obstante, ser reconocibles por un observador externo.

Estos tres conceptos (para los cuales se proporciona una discusión y ejemplos en el capítulo de la Sección III “Cultura y diagnóstico psiquiátrico”) sugieren formas culturales de comprender y describir experiencias de angustia o enfermedad que pueden surgir en el encuentro clínico. Influyen en la sintomatología, la búsqueda de ayuda, las presentaciones clínicas, las expectativas de tratamiento, la adaptación a la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El mismo término cultural a menudo cumple más de una de estas funciones, y el uso puede cambiar con el tiempo. Por ejemplo, “depresión” nombra un síndrome, pero también se ha convertido en una expresión idiomática común de angustia.

Impacto del racismo y la discriminación en el diagnóstico psiquiátrico El trabajo clínico y la investigación en psiquiatría se ven profundamente afectados por las construcciones sociales y culturales de raza y etnia. La raza es una construcción social, no biológica. Se utiliza para dividir a las personas en grupos en función de rasgos físicos superficiales, como el color de la piel. Aunque no existe una base biológica para la construcción de la raza, las prácticas discriminatorias basadas en la raza tienen efectos profundos en la salud física y mental.

El proceso social mediante el cual se construyen categorías específicas de identidad sobre la base de ideologías y prácticas raciales se denomina **racialización**. Las identidades racializadas son importantes porque están fuertemente asociadas con sistemas de discriminación, marginación y discriminación social.

exclusión. Otros aspectos de la identidad, incluidos el origen étnico, el género, el idioma, la religión y la orientación sexual, también pueden ser foco de sesgos o estereotipos que pueden afectar el proceso de evaluación diagnóstica.

El racismo existe a nivel estructural personal, interpersonal, sistémico/institucional y social. A nivel personal, el racismo genera estereotipos interiorizados y experiencias de amenaza, devaluación, abandono e injusticia que afectan la salud y el bienestar de las personas. A nivel interpersonal, el racismo incluye no solo comportamientos explícitos sino también **microagresiones**, que son ofensas y desaires cotidianos que comunican actitudes negativas hacia grupos estigmatizados específicos, con consecuencias traumáticas y que inducen estrés. El racismo sistémico/institucional se refiere a las formas en que la discriminación está integrada en las prácticas cotidianas de las instituciones u organizaciones, incluidas la atención médica y la psiquiatría. El racismo sistémico puede no expresarse en ideologías raciales manifiestas, pero puede ser mantenido por

sesgos implícitos e involuntarios, hábitos, rutinas y prácticas que resultan en falta de reconocimiento e inequidad. Como resultado, las personas pueden participar y contribuir inadvertidamente al racismo sistémico sin respaldar conscientemente las ideas racistas. El concepto de racismo estructural social enfatiza las formas en que el racismo y la discriminación se manifiestan en la organización y las normas de la sociedad y las políticas públicas con desigualdades generalizadas en los recursos económicos, el poder y los privilegios que afectan la exposición al riesgo para la salud y el acceso a la atención médica. La violencia estructural y la opresión del racismo tienen consecuencias físicas, psicológicas y sociales, incluidos efectos negativos en la salud mental.

El racismo es un determinante social importante de la salud que contribuye a una amplia variedad de resultados adversos para la salud, como la hipertensión, el comportamiento suicida y el trastorno de estrés postraumático, y puede predisponer a las personas al consumo de sustancias, los trastornos del estado de ánimo y la psicosis. Los estereotipos y actitudes raciales negativas afectan el desarrollo psicológico y el bienestar de los grupos racializados. Otras consecuencias adversas de la discriminación incluyen el acceso desigual a la atención y el sesgo de los médicos en el diagnóstico y tratamiento; por ejemplo, diagnóstico erróneo de esquizofrenia entre los

presentando trastornos del estado de ánimo y otras condiciones, vías de atención más coercitivas, menos tiempo en tratamiento ambulatorio y uso más frecuente de restricciones físicas y tratamientos subóptimos. Los médicos deben realizar esfuerzos activos para reconocer y abordar todas las formas de racismo, sesgo y estereotipos en la evaluación clínica, el diagnóstico y el tratamiento.

Atención a la cultura, el racismo y la discriminación en el DSM-5-TR

Durante el proceso de revisión del DSM-5-TR, se tomaron medidas para abordar el impacto de la cultura, el racismo y la discriminación en el diagnóstico psiquiátrico en el texto de los capítulos sobre trastornos. Un Comité de Revisión Transversal sobre Asuntos Culturales, compuesto por 19 expertos internacionales y con sede en los EE. UU. en psiquiatría, psicología y antropología cultural, revisó los textos en busca de influencias culturales en las características del trastorno, e incorporó información relevante en las secciones sobre problemas de diagnóstico relacionados con la cultura. . Un Grupo de Trabajo de Inclusión y Equidad Etnoracial separado, compuesto por 10 profesionales de la salud mental de diversos orígenes étnicos y raciales con experiencia en prácticas de reducción de disparidades, revisó las referencias a la raza, el origen étnico y conceptos relacionados para evitar perpetuar estereotipos o incluir información clínica discriminatoria.

DSM-5-TR está comprometido con el uso de un lenguaje que desafía la visión de que las razas son entidades discretas y naturales. El texto usa terminología como **racializado** en lugar de **racial** para resaltar la naturaleza socialmente construida de la raza. Cuando el término **etnoracial** se usa en el texto, denota a los EE. UU. Categorías del censo, como hispano, blanco o afroamericano, que combinan identificadores étnicos y raciales. El término emergente **Latinx** (singular y plural) se usa en lugar de **latino/a** para promover una terminología inclusiva de género. El término **caucásico** no se usa porque se basa en puntos de vista obsoletos y erróneos sobre el origen geográfico de una etnia paneuropea prototípica. Se evitan los términos **minoría** y **no blanco** porque describen grupos sociales en relación con una “mayoría” racializada, una práctica que tiende a perpetuar las jerarquías sociales. Sin embargo, cuando sea necesario para mayor claridad en el reporte de información epidemiológica u otra información basada en estudios específicos, el texto utiliza las etiquetas de grupo de los estudios relevantes. El término **cultura** no se usa para referirse a un grupo social discreto.

grupo (p. ej., "la prevalencia difiere entre culturas"), sino más bien para indicar la heterogeneidad de puntos de vista y prácticas culturales dentro de las sociedades; en su lugar, se prefieren los términos **contextos culturales** o **trasfondos culturales**.

Se revisaron las secciones sobre la prevalencia de cada trastorno para garantizar que los hallazgos se presenten con una clara referencia a las áreas geográficas o grupos sociales incluidos en la recopilación de datos (p. ej., "en la población general de los EE. UU."); esto evita generalizar demasiado los hallazgos a comunidades que aún no han sido estudiadas. Los datos de prevalencia de grupos etnoraciales específicos se incluyeron cuando la investigación existente documentó estimaciones confiables basadas en datos representativos.

19

muestras Al grupo de trabajo le preocupaba que los datos de muestras no representativas pudieran ser engañosos. Esto explica la inclusión limitada de datos sobre ciertos grupos etnoraciales, en particular los nativos americanos. Existe una necesidad urgente de investigación sobre este y otros grupos importantes. Las estimaciones de prevalencia también dependen de la ausencia de sesgo de evaluación; el texto indica cuándo se necesita más investigación para garantizar la precisión de los datos disponibles. Se alienta a los usuarios a leer las secciones sobre problemas de diagnóstico relacionados con la cultura para contextualizar las secciones sobre prevalencia.

Diferencias de sexo y género

Las diferencias de sexo y género en relación con las causas y la expresión de las condiciones médicas se establecen para una serie de enfermedades, incluido un número creciente de trastornos mentales. **El sexo** se refiere a factores atribuibles a los órganos reproductivos de un individuo y al complemento cromosómico XX o XY.

El género es el resultado de los órganos reproductivos así como de la representación de sí mismo de un individuo e incluye las consecuencias psicológicas, conductuales y sociales del género percibido por el individuo. Gran parte de la información sobre la expresión de enfermedades psiquiátricas en mujeres y hombres se basa en el género autoidentificado y, por lo tanto, comúnmente usamos **diferencias de género** o "mujeres y hombres" o "niños y niñas" en el DSM-5-TR. Sin embargo, si la información está disponible y es pertinente al "sexo", por ejemplo, las diferencias sexuales en el metabolismo de las sustancias o las etapas de la vida restringidas a un solo sexo, como

embarazo o menopausia: usamos el término **diferencias sexuales** o “masculino y femenino”.

El sexo y el género pueden influir en la enfermedad de diversas maneras. Primero, el sexo puede determinar exclusivamente si un individuo está en riesgo de padecer un trastorno (p. ej., como en el trastorno disfórico premenstrual). En segundo lugar, el sexo o el género pueden moderar el riesgo general de desarrollar un trastorno, como lo demuestran las marcadas diferencias en las tasas de prevalencia e incidencia de determinados trastornos mentales en hombres y mujeres. En tercer lugar, el sexo o el género pueden influir en la probabilidad de que un individuo experimente síntomas particulares de un trastorno. Por ejemplo, el TDAH puede manifestarse de manera diferente en niños y niñas. El sexo o el género también pueden tener otros efectos sobre la experiencia de un trastorno que son indirectamente relevantes para el diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, ciertos síntomas pueden ser respaldados más fácilmente por hombres o mujeres, y este respaldo contribuye a las diferencias en la prestación de servicios (p. ej., es más probable que las mujeres reconozcan un trastorno depresivo, bipolar o de ansiedad y respalden una lista más completa de síntomas). que los hombres).

Los eventos del ciclo de vida reproductivo, incluidas las variaciones en las hormonas ováricas durante el ciclo menstrual, el embarazo o la menopausia, pueden contribuir a las diferencias sexuales en el riesgo y la expresión de la enfermedad. Por lo tanto, el especificador "con inicio periparto" que puede aplicarse a un trastorno psicótico breve o a un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor denota un período de tiempo en el que las mujeres pueden tener un mayor riesgo de inicio de un episodio de enfermedad. En el caso del sueño y la energía, las alteraciones posparto suelen ser normativas y, por lo tanto, pueden tener una menor fiabilidad diagnóstica en las mujeres posparto.

El manual está configurado para incluir información sobre sexo y género en múltiples niveles. Si hay síntomas específicos de género, se han agregado a los criterios de diagnóstico. Un especificador relacionado con el sexo, como "con inicio periparto" de un episodio del estado de ánimo, brinda información adicional sobre el sexo y el diagnóstico. Las estimaciones de prevalencia basadas en el sexo y el género se incluyen en la sección "Prevalencia" de cada texto de trastorno. Finalmente, otros temas que son pertinentes para el diagnóstico e influenciados por consideraciones de sexo y/o género se pueden encontrar en la sección "Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género" en el texto de los trastornos relevantes.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

El DSM-5-TR contiene una nueva sección de texto para cada diagnóstico, "Asociación con pensamientos o conductas suicidas", cuando dicha información está disponible en la literatura. La información incluida generalmente se basa en estudios que demuestran asociaciones de pensamientos suicidas.

20

o comportamiento con un diagnóstico dado. Dentro de grupos de individuos con el mismo diagnóstico, una amplia gama de psicopatologías relevantes podría tener un impacto en el riesgo de suicidio, que van desde ninguno hasta graves. Por lo tanto, en la evaluación del riesgo de suicidio de un individuo específico, los médicos deben usar el juicio clínico informado por factores de riesgo conocidos y no confiar únicamente en la presencia de un diagnóstico que se ha asociado con pensamientos o conductas suicidas. La información en estas secciones debe servir como una alerta para los médicos de que se puede indicar una investigación adicional para un individuo con un diagnóstico particular. La evaluación del riesgo clínico requiere una evaluación individualizada que abarque muchos factores y va mucho más allá de la formulación de un diagnóstico DSM-5 y el alcance de este manual.

Recursos adicionales y futuro

Direcciones

Condiciones para estudios adicionales Descritas en la Sección III, "Condiciones para estudios adicionales", son aquellas condiciones propuestas para las cuales aún no hay suficiente evidencia científica disponible para respaldar el uso clínico generalizado. Estos criterios propuestos y el texto de apoyo se incluyen para resaltar las condiciones que podrían beneficiarse de una mayor investigación.

Herramientas de evaluación y seguimiento: ahora y Mirando hacia el futuro

Los diversos componentes del DSM-5 se proporcionan para facilitar la evaluación clínica y ayudar en el desarrollo de una formulación integral del caso (consulte "Uso del manual") y la identificación de las características que pueden influir en el pronóstico de cualquier trastorno mental diagnosticado. Mientras que los criterios de diagnóstico de la Sección II están bien establecidos y se han sometido a una revisión exhaustiva, las herramientas de evaluación, la Entrevista de Formulación Cultural y las condiciones para estudios adicionales incluidos en la Sección III son aquellos para los que se puede necesitar evidencia científica adicional para respaldar el uso clínico generalizado. Estas ayudas de diagnóstico y los criterios propuestos se incluyen para resaltar la evolución y la dirección de los avances científicos en estas áreas y para estimular la investigación adicional.

Cada una de las medidas en la Sección III, "Medidas de evaluación", se proporciona para ayudar en una evaluación integral de las personas que contribuirá a un diagnóstico y plan de tratamiento adaptado a la presentación individual y al contexto clínico. Las medidas transversales de gravedad específicas de síntomas y diagnósticos proporcionan calificaciones cuantitativas de áreas clínicas importantes que están diseñadas para usarse en la evaluación inicial para establecer una línea de base para comparar con calificaciones en encuentros posteriores para monitorear cambios e informar la planificación del tratamiento. Cuando la dinámica cultural sea particularmente importante para la evaluación diagnóstica, la Entrevista de Formulación Cultural (ubicada en el capítulo de la Sección III "Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico") debe ser considerada como una ayuda útil para comunicarse con el individuo. Todas estas medidas están disponibles en línea en: www.psychiatry.org/dsm5.

La estructura organizativa del DSM-5, su uso de medidas dimensionales y su compatibilidad con los códigos ICD le permitirán adaptarse fácilmente a futuros descubrimientos científicos y refinamientos que mejoren su utilidad clínica.

Uso del Manual

Este texto está diseñado para proporcionar una guía práctica para usar el DSM-5, particularmente en la práctica clínica.

Enfoque para la formulación de casos clínicos El propósito principal del DSM-5 es ayudar a los médicos capacitados en el diagnóstico de trastornos mentales como parte de una evaluación de formulación de casos que conduce a un plan de tratamiento informado para cada individuo. La formulación del caso para cualquier individuo debe implicar una historia clínica cuidadosa y un resumen conciso de los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido al desarrollo de un trastorno mental determinado. No es suficiente marcar simplemente los síntomas en los criterios de diagnóstico para hacer un diagnóstico de trastorno mental. Una evaluación minuciosa de estos criterios puede asegurar una evaluación más confiable (que puede verse favorecida por el uso de herramientas de evaluación de la gravedad de los síntomas dimensionales); la gravedad relativa y la prominencia de los signos y síntomas de un individuo y su contribución al diagnóstico requerirán, en última instancia, un juicio clínico. El diagnóstico requiere entrenamiento clínico para reconocer cuando la combinación de factores predisponentes, precipitantes, perpetuantes y protectores ha resultado en una condición psicopatológica en la que los signos y síntomas exceden los rangos normales. El objetivo final de la formulación de un caso clínico es utilizar la información contextual y diagnóstica disponible para desarrollar un plan de tratamiento integral que se base en el contexto cultural y social del individuo. Sin embargo, las recomendaciones para la selección y el uso de las opciones de tratamiento basadas en la evidencia más adecuadas para cada trastorno están fuera del alcance de este manual.

Elementos de un diagnóstico Los criterios

de diagnóstico se ofrecen como pautas para hacer diagnósticos, y su uso debe basarse en el juicio clínico. Las descripciones de texto, incluidas las secciones introductorias de cada capítulo de diagnóstico, pueden ayudar a respaldar el diagnóstico (p. ej., describir los criterios con más detalle en "Características de diagnóstico"; proporcionar diagnósticos diferenciales).

Tras la evaluación de los criterios de diagnóstico, los médicos deben considerar la aplicación de subtipos y/o especificadores de trastornos, según corresponda. La mayoría de los especificadores solo son aplicables a la presentación actual y pueden cambiar a lo largo del curso del trastorno (p. ej., con una percepción de buena a regular; presentación predominantemente inatenta; en un ambiente controlado) y solo se pueden proporcionar si actualmente se cumplen todos los criterios para el trastorno. . Otros especificadores son indicativos del curso de la vida (p. ej., con patrón estacional, tipo bipolar en el trastorno esquizoafectivo) y pueden asignarse independientemente del estado actual.

Cuando la presentación de los síntomas no cumple con los criterios completos para cualquier trastorno y los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, la categoría "otro especificado" o "no especificado" correspondiente a los síntomas predominantes debe ser consideró.

Subtipos y especificadores Se

proporcionan subtipos y especificadores para una mayor especificidad diagnóstica.

Los subtipos definen subgrupos fenomenológicos mutuamente excluyentes y conjuntamente exhaustivos dentro de un diagnóstico y se indican mediante la instrucción "**Especifique si**" en el conjunto de criterios (p. ej., en la anorexia nerviosa, **especifique si** es de tipo restrictivo o de atracones/purgas). Por el contrario, **los especificadores** no pretenden ser mutuamente excluyentes o conjuntamente exhaustivos y, como consecuencia, se puede aplicar más de un especificador a un diagnóstico dado. Los especificadores (a diferencia de los subtipos) se indican mediante la instrucción "**Especificar**" o "**Especificar si**" en el conjunto de criterios (p. ej., en el trastorno de ansiedad social, "**Especificar si:** solo rendimiento"). Los especificadores y subtipos brindan la oportunidad de definir un subgrupo

con el trastorno que comparten ciertas características (p. ej., trastorno depresivo mayor, con características mixtas) y transmitir información relevante para el tratamiento del trastorno del individuo, como el especificador "con otra comorbilidad médica" en los trastornos del sueño y la vigilia. Aunque el quinto carácter dentro de un código ICD-10-CM a veces se designa para indicar un subtipo o especificador en particular (p. ej., "0" en el quinto carácter en el código de diagnóstico F02.80 para trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, para indicar la ausencia de una alteración del comportamiento frente a un "1" en el quinto carácter del código de diagnóstico F02.81 para el trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer para indicar la presencia de una alteración del comportamiento), la mayoría de los subtipos y especificadores incluidos en el DSM- 5-TR no se reflejan en el código ICD-10-CM y se indican registrando el subtipo o especificador después del nombre del trastorno (p. ej., trastorno de ansiedad social, tipo de desempeño).

Uso de otros trastornos mentales especificados y no especificados Aunque se han invertido décadas de esfuerzo científico en desarrollar los conjuntos de criterios de diagnóstico para los trastornos incluidos en la Sección II, es bien sabido que este conjunto de diagnósticos categóricos no describe completamente la gama completa de trastornos mentales que las personas experimentan y presentan a los médicos a diario en todo el mundo. Por lo tanto, también es necesario incluir opciones de trastornos "otros especificados" o "no especificados" para las presentaciones que no se ajustan exactamente a los límites diagnósticos de los trastornos en cada capítulo. Además, hay entornos (p. ej., el servicio de urgencias) en los que solo es posible identificar las expresiones de síntomas más destacadas asociadas con un capítulo en particular (p. ej., delirios, alucinaciones, manía, depresión, ansiedad, intoxicación por sustancias, síntomas neurocognitivos). En tales casos, puede ser más apropiado asignar el trastorno "no especificado" correspondiente como marcador de posición hasta que sea posible un diagnóstico diferencial más completo.

El DSM-5 ofrece dos opciones de diagnóstico para presentaciones que no cumplen los criterios de diagnóstico para ninguno de los trastornos específicos del DSM-5: **otro trastorno especificado** y **trastorno no especificado**. La otra categoría especificada se proporciona para permitir que el médico comunique la razón específica por la cual la presentación no cumple con los criterios para ninguna categoría específica dentro de un

clase diagnóstica. Esto se hace registrando el nombre de la categoría, seguido del motivo específico. Por ejemplo, con un individuo con alucinaciones persistentes que ocurren en ausencia de otros síntomas psicóticos (una presentación que no cumple con los criterios para ninguno de los trastornos específicos del capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"), el médico registraría "otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico, con alucinaciones auditivas persistentes". Si el médico opta por no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno específico, entonces se diagnosticaría "espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico". Tenga en cuenta que la diferenciación entre otros trastornos especificados y no especificados se basa en la elección del médico de indicar o no las razones por las que la presentación no cumple con todos los criterios, lo que brinda la máxima flexibilidad para el diagnóstico.

Cuando el médico determina que hay suficiente información clínica disponible para especificar la naturaleza del

23

presentación, se puede dar el diagnóstico "otro especificado". En aquellos casos en los que el médico no pueda especificar más la presentación clínica (p. ej., en la sala de emergencias), se puede dar el diagnóstico "no especificado". Esto es enteramente una cuestión de juicio clínico.

Es una convención DSM de larga data que las condiciones incluidas en el capítulo "Condiciones para estudios adicionales" en la Sección III se enumeran como ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado". La inclusión de estas condiciones para estudios adicionales como ejemplos no representa el respaldo de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría de que estas son categorías de diagnóstico válidas.

Uso del juicio clínico El DSM-5 es una

clasificación de los trastornos mentales que se desarrolló para su uso en entornos clínicos, educativos y de investigación. Las categorías diagnósticas, los criterios y las descripciones textuales están destinadas a ser empleadas por personas con capacitación clínica adecuada y experiencia en diagnóstico. Es importante que el DSM-5 no sea aplicado mecánicamente por individuos sin

formación clínica. Los criterios de diagnóstico específicos incluidos en el DSM-5 están destinados a servir como pautas para ser informados por el juicio clínico y no están destinados a ser utilizados de manera rígida como un libro de recetas. Por ejemplo, el ejercicio del juicio clínico puede justificar dar un diagnóstico determinado a un individuo aunque la presentación clínica no cumpla con todos los criterios para el diagnóstico, siempre que los síntomas presentes sean persistentes y graves. Por otro lado, la falta de familiaridad con el DSM-5 o la aplicación excesivamente flexible e idiosincrásica de los criterios del DSM-5 reduce sustancialmente su utilidad como lenguaje común para la comunicación.

Criterio de significancia clínica En

ausencia de marcadores biológicos claros o medidas de gravedad clínicamente útiles para muchos trastornos mentales, no ha sido posible separar completamente las expresiones de síntomas normales de las patológicas contenidas en los criterios de diagnóstico. Esta brecha en la información es particularmente problemática en situaciones clínicas en las que la presentación de síntomas del individuo por sí misma (particularmente en formas leves) no es inherentemente patológica y puede encontrarse en aquellos para quienes un diagnóstico de "trastorno mental" sería inapropiado. Por lo tanto, se ha utilizado un criterio de diagnóstico genérico que requiere malestar o discapacidad para establecer los umbrales del trastorno, generalmente redactado como "el trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento". Evaluar si se cumple este criterio, especialmente en términos de función de rol, es un juicio clínico intrínsecamente difícil. El texto que sigue a la definición de trastorno mental reconoce que este criterio puede ser especialmente útil para determinar la necesidad de tratamiento de una persona. A menudo es necesario el uso de información del individuo, así como de miembros de la familia y otros terceros a través de entrevistas o evaluaciones autoinformadas o informadas por informantes con respecto al desempeño del individuo.

Procedimientos de codificación y registro

El sistema de codificación oficial en uso en los Estados Unidos desde el 1 de octubre de 2015 es la **Clasificación Internacional de Enfermedades**, Décima Revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM), una versión del World Health ICD-10 de la organización que ha sido modificado para uso clínico por el

Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y proporciona los únicos códigos de diagnóstico permitidos para trastornos mentales para uso clínico en los Estados Unidos. La mayoría de los trastornos del DSM-5 tienen un código ICD-10-CM alfanumérico que aparece antes del nombre del trastorno (o subtipo codificado o especificador) en la clasificación del DSM-5-TR y en el conjunto de criterios adjunto para cada trastorno. Para algunos diagnósticos (p. ej., trastornos neurocognitivos, trastornos inducidos por sustancias/medicamentos), el código apropiado depende de especificaciones adicionales y se incluye dentro de los criterios establecidos para el

24

trastorno con una nota de codificación y, en algunos casos, se aclara con más detalle en la sección de texto "Procedimientos de registro". Los nombres de algunos trastornos van seguidos de términos alternativos entre paréntesis.

El uso de códigos de diagnóstico es fundamental para el mantenimiento de registros médicos. La codificación de diagnóstico facilita la recopilación y recuperación de datos y la compilación de información estadística. Los códigos también suelen ser necesarios para informar datos de diagnóstico a terceros interesados, incluidas agencias gubernamentales, aseguradoras privadas y la Organización Mundial de la Salud. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el uso de los códigos ICD-10-CM para los trastornos en el DSM-5-TR ha sido ordenado por la Administración de Financiamiento de la Atención de la Salud para propósitos de reembolso bajo el sistema de Medicare.

Diagnóstico principal/motivo de la visita La convención

general en el DSM-5 es permitir que se asignen múltiples diagnósticos para aquellas presentaciones que cumplen los criterios para más de un trastorno del DSM-5. Cuando se da más de un diagnóstico en un entorno de hospitalización, el diagnóstico principal es la condición establecida después del estudio como la principal responsable de ocasionar la admisión del individuo. Cuando se da más de un diagnóstico para un individuo en un entorno ambulatorio, el motivo de la visita es la condición que es la principal responsable de los servicios médicos ambulatorios recibidos durante la visita. En la mayoría de los casos, el diagnóstico principal o el motivo de consulta es también el principal foco de atención o tratamiento. A menudo es difícil (y algo arbitrario) determinar cuál es el diagnóstico principal o el motivo de la visita. Para

Por ejemplo, puede no estar claro qué diagnóstico debe considerarse "principal" para un individuo hospitalizado con esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol, porque cada condición puede haber contribuido por igual a la necesidad de ingreso y tratamiento. El diagnóstico principal se indica enumerándolo en primer lugar, y los demás trastornos se enumeran en orden de enfoque de atención y tratamiento. Cuando el diagnóstico principal o el motivo de la visita es un trastorno mental debido a otra afección médica (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, trastorno psicótico debido a una neoplasia pulmonar maligna), las reglas de codificación de la CIE exigen que la afección médica etiológica se indique primero. En ese caso, el diagnóstico principal o motivo de visita sería el trastorno mental debido a la condición médica, el segundo diagnóstico listado. Para mayor claridad, el trastorno enumerado como el diagnóstico principal o el motivo de la visita puede ir seguido de la frase calificativa "(diagnóstico principal)" o "(motivo de la visita)".

Diagnóstico provisional El

modificador "provisional" se puede utilizar cuando actualmente no hay información suficiente para indicar que se cumplen los criterios de diagnóstico, pero existe una fuerte presunción de que la información estará disponible para permitir esa determinación. El médico puede indicar la incertidumbre diagnóstica registrando "(provisional)" después del diagnóstico. Por ejemplo, este modificador podría usarse cuando un individuo que parece tener una presentación consistente con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor actual no puede dar una historia adecuada, pero se espera que dicha información esté disponible después de entrevistar a un informante o revisar registros médicos. Una vez que esa información esté disponible y confirme que se cumplieron los criterios de diagnóstico, se eliminaría el modificador "(provisional)". Otro uso de "provisional" es para aquellas situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de si la duración de la enfermedad no supera un límite superior como lo exigen los criterios diagnósticos. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración de al menos 1 mes pero menos de 6 meses. Si una persona actualmente tiene síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, excepto que se desconoce la duración final porque los síntomas continúan, se aplicaría el modificador "(provisional)" y luego se eliminaría si

los síntomas remiten en un período de 6 meses. Si no remiten, se cambiaría el diagnóstico a esquizofrenia.

25

Notas sobre la terminología

Trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos

El término “trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos” se refiere a presentaciones sintomáticas que se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia exógena en el sistema nervioso central, incluidos los síntomas que se desarrollan durante la abstinencia de una sustancia exógena que es capaz de causar dependencia fisiológica. Tales sustancias exógenas incluyen intoxicantes típicos (p. ej., alcohol, inhalantes, alucinógenos, cocaína), medicamentos psicotrópicos (p. ej., estimulantes, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos), otros medicamentos (p. ej., esteroides) y toxinas ambientales (p. ej., insecticidas organofosforados). Las ediciones del DSM del DSM-III al DSM-IV se refirieron a estos como "trastornos mentales inducidos por sustancias". Para enfatizar que los medicamentos y no solo las sustancias de abuso pueden causar síntomas psiquiátricos, el término se cambió a "inducido por sustancias/medicamentos" en el DSM-5.

Trastornos mentales independientes

Históricamente, los trastornos mentales se dividían en los que se denominaban “orgánicos” (causados por factores físicos) frente a los que eran “no orgánicos” (puramente de la mente; también denominados “funcionales” o “psicogénicos”), términos que se incluyeron en el DSM hasta el DSM-III-R. Debido a que estas dicotomías implicaban engañosamente que los trastornos no orgánicos no tienen una base biológica y que los trastornos mentales no tienen una base física, el DSM-IV actualizó esta terminología de la siguiente manera: 1) los términos “orgánico” y “no orgánico” se eliminaron del DSM-IV; 2) los trastornos antes denominados “orgánicos” se dividían en aquellos debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (inducidos por sustancias) y aquellos debidos a los efectos fisiológicos directos de una condición médica sobre el sistema nervioso central; y 3) el término “trastornos mentales no orgánicos” (es decir, aquellos

a sustancias o condiciones médicas) fue reemplazada por "trastorno mental primario". En el DSM-5, esta terminología se perfeccionó aún más, reemplazando "primario" por "independiente" (p. ej., el Criterio C en el trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con "el trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad que no es un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos"). La evidencia de un trastorno de ansiedad **independiente** podría incluir..." [las **cursivas son añadidas como referencia**]. Esto se hizo para reducir la posibilidad de confusión dado que el término "primario" históricamente ha tenido otros significados (p. ej., a veces se usa para indicar qué trastorno entre varios trastornos comórbidos fue el primero en ocurrir). El uso de "trastorno mental independiente" no debe interpretarse en el sentido de que el trastorno es independiente de otros posibles factores causales, como psicosociales u otros factores ambientales. estresores

Otras condiciones médicas

Otra dicotomía adoptada por ediciones anteriores del DSM que reflejaba el dualismo mente-cuerpo fue la división de los trastornos en "trastornos mentales" y "trastornos físicos". Junto con la eliminación de la terminología orgánica/no orgánica, el DSM-IV reemplazó la dicotomía "trastorno mental" versus "trastorno físico" por una dicotomía "trastorno mental" versus "condición médica general", según la ubicación del capítulo dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Las condiciones médicas en ICD se han dividido en 17 capítulos basados en una variedad de factores, que incluyen etiología (p. ej., Neoplasias [Capítulo 2]), ubicación anatómica (p. ej., Enfermedades del oído y del proceso mastoideo [Capítulo 8]), sistema corporal (p. ej., Enfermedades del sistema circulatorio [Capítulo 9]), y contexto (p. ej., Embarazo, parto y puerperio [Capítulo 15]). En el marco de la CIE, los trastornos mentales son los que se ubican en el Capítulo 5, y las condiciones médicas generales son las que se ubican en los otros 16 capítulos. Debido a la preocupación de que el término "condición médica general" pueda confundirse con la práctica general, el DSM-5 usa el término "otra condición médica" para enfatizar el hecho de que los trastornos mentales son condiciones médicas y que los trastornos mentales pueden ser precipitados por otras condiciones médicas. . Es importante reconocer que "la salud mental

"trastorno mental" y "otra condición médica" son simplemente términos de conveniencia y no deben interpretarse como que implican que existe una distinción fundamental entre los trastornos mentales y otras condiciones médicas, que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que otras las condiciones médicas no están relacionadas con factores o procesos conductuales o psicosociales.

Tipos de información en el texto del DSM-5-TR El texto del DSM-5-TR proporciona información contextual para ayudar en la toma de decisiones de diagnóstico. El texto aparece inmediatamente después de los criterios de diagnóstico para cada trastorno y describe sistemáticamente el trastorno bajo los siguientes encabezados: Procedimientos de registro, subtipos, especificadores, características de diagnóstico, características asociadas, prevalencia, desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, problemas de diagnóstico relacionados con la cultura , cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género, marcadores diagnósticos, asociación con pensamientos o conductas suicidas, consecuencias funcionales, diagnóstico diferencial y comorbilidad. En general, cuando se dispone de información limitada para una sección, esa sección no se incluye.

Los **Procedimientos** de registro proporcionan pautas para informar el nombre del trastorno y para seleccionar y registrar el código de diagnóstico ICD-10-CM apropiado. También incluye instrucciones para aplicar los subtipos y/o especificadores apropiados.

Los **subtipos** y/o **especificadores** proporcionan breves descripciones de los subtipos y/o especificadores aplicables.

Características de diagnóstico proporciona un texto descriptivo que ilustra el uso de los criterios e incluye puntos clave sobre su interpretación. Por ejemplo, dentro de las características de diagnóstico de la esquizofrenia, se explica que algunos síntomas que pueden parecer síntomas negativos podrían atribuirse a los efectos secundarios de los medicamentos.

Las características asociadas incluyen características clínicas que no están representadas en los criterios pero que ocurren significativamente más a menudo en personas con el trastorno que en personas sin el trastorno. Por ejemplo, las personas con trastorno de ansiedad generalizada también pueden experimentar síntomas somáticos que no están incluidos en los criterios del trastorno.

La prevalencia describe las tasas del trastorno en la comunidad, generalmente descritas como prevalencia de 12 meses, aunque para algunos trastornos se indica la prevalencia puntual. Las estimaciones de prevalencia también se proporcionan por grupo de edad y por grupo étnico-racial/cultural cuando es posible. En esta sección también se proporciona la proporción de sexos (prevalencia en hombres frente a mujeres). Cuando hay datos internacionales disponibles, se describe la variación geográfica en las tasas de prevalencia. Para algunos trastornos, especialmente aquellos para los que hay datos limitados sobre las tasas en la comunidad, se observa la prevalencia en muestras clínicas relevantes.

Desarrollo y curso describe los patrones típicos de presentación y evolución del trastorno a lo largo de la vida. Toma nota de la edad típica de inicio y si la presentación puede tener características prodrómicas/insidiosas o puede manifestarse abruptamente. Otras descripciones pueden incluir un curso episódico versus persistente, así como un episodio único versus un curso episódico recurrente. Los descriptores de esta sección pueden abordar la duración de los síntomas o episodios, así como la progresión de la gravedad y el impacto funcional asociado. Aquí se describe la tendencia general del trastorno a lo largo del tiempo (p. ej., estable, empeorando, mejorando). Las variaciones que se pueden notar incluyen características relacionadas con la etapa de desarrollo (p. ej., infancia, niñez, adolescencia, edad adulta, vejez).

Factores de riesgo y pronóstico incluye una discusión de los factores que se cree que contribuyen al desarrollo de un trastorno. Se divide en subsecciones que abordan **factores temperamentales** (p. ej., rasgos de personalidad); **factores ambientales** (p. ej., traumatismo craneoencefálico, traumatismo emocional, exposición a sustancias tóxicas, consumo de sustancias); y **factores genéticos y fisiológicos**

(p. ej., **APOE4** para demencia, otros riesgos genéticos familiares conocidos); esta subsección puede abordar los patrones familiares (tradicionales), así como los factores genéticos y epigenéticos. Una subsección adicional para **modificadores del curso** incluye factores que pueden incurrir en un curso perjudicial y, por el contrario, factores que pueden tener efectos de mejora o protección.

Los problemas de diagnóstico relacionados con la cultura incluyen información sobre las variaciones en la expresión de los síntomas, las atribuciones de las causas o precipitantes del trastorno, los factores asociados con la prevalencia diferencial entre los grupos demográficos, las normas culturales que pueden afectar el nivel de patología percibida, el riesgo de diagnóstico erróneo al evaluar a personas de grupos etnoraciales socialmente oprimidos, y otro material relevante para el diagnóstico culturalmente informado. Las tasas de prevalencia en grupos culturales/étnicos específicos se encuentran en la sección Prevalencia.

Los problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género incluyen correlatos del diagnóstico que están relacionados con el sexo o el género, el predominio de los síntomas o el diagnóstico por sexo o género, y cualquier otra implicación del diagnóstico relacionada con el sexo y el género, como diferencias en el curso clínico por sexo o género. Las tasas de prevalencia por género se encuentran en la sección Prevalencia.

Los marcadores de diagnóstico abordan medidas objetivas que han establecido un valor de diagnóstico. Estos pueden incluir hallazgos del examen físico (p. ej., signos de desnutrición en el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos), hallazgos de laboratorio (p. ej., niveles bajos de hipocretina-1 en el LCR en la narcolepsia) o hallazgos de imágenes (p. ej., PET con FDG regionalmente hipometabólico para el trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer).

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas proporciona información sobre la prevalencia específica del trastorno de pensamientos o comportamientos suicidas, así como los factores de riesgo de suicidio que pueden estar asociados con el trastorno.

Consecuencias funcionales analiza las consecuencias funcionales notables asociadas con un trastorno que probablemente tengan un impacto en la vida diaria de las personas afectadas; estas consecuencias pueden afectar la capacidad de participar en tareas relacionadas con la educación, el trabajo y el mantenimiento de una vida independiente. Estos pueden variar según la edad y a lo largo de la vida.

El diagnóstico diferencial analiza cómo diferenciar el trastorno de otros trastornos que tienen algunas características de presentación similares.

La comorbilidad incluye descripciones de trastornos mentales y otras condiciones médicas (es decir, condiciones clasificadas fuera de la

capítulo de trastornos del comportamiento en ICD-10-CM), es probable que ocurran simultáneamente con el diagnóstico.

Otras Condiciones y Trastornos en la Sección II

Además de proporcionar criterios de diagnóstico y texto para los trastornos mentales del DSM-5, la Sección II también incluye dos capítulos para otras afecciones que no son trastornos mentales pero que pueden encontrar los médicos de salud mental. Estas condiciones pueden enumerarse como motivo de una visita clínica además de, o en lugar de, los trastornos mentales en la Sección II. El capítulo “**Trastornos inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos**” incluye parkinsonismo inducido por medicamentos, síndrome neuroléptico maligno, distonía aguda inducida por medicamentos, acatisia aguda inducida por medicamentos, discinesia tardía, distonía tardía/acatisia tardía, temblor postural inducido por medicamentos, síndrome de discontinuación de antidepresivos y otros efectos adversos de la medicación. Estas condiciones se incluyen en la Sección II debido a su importancia frecuente en 1) el tratamiento con medicamentos de los trastornos mentales u otras condiciones médicas, y 2) el diagnóstico diferencial con los trastornos mentales (p. ej., trastorno de ansiedad versus acatisia aguda inducida por medicamentos).

El capítulo “**Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica**” incluye condiciones y problemas psicosociales o ambientales que no se consideran trastornos mentales pero que afectan el diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un individuo. Estas condiciones se presentan con sus códigos correspondientes de ICD-10-CM (generalmente códigos Z). Una condición o problema en este capítulo puede codificarse con o sin un diagnóstico de trastorno mental acompañante 1) si es el motivo de la visita actual; 2) si ayuda a explicar la necesidad de una prueba, procedimiento o tratamiento; 3) si juega un papel en la iniciación o exacerbación de un trastorno mental; o 4) si constituye un problema que debe ser considerado en el plan de manejo general. Estos incluyen comportamiento suicida y autolesiones no suicidas; abuso y negligencia; problemas relacionales (p. ej., angustia en la relación con el cónyuge o pareja íntima);

problemas educativos, ocupacionales, de vivienda y económicos; problemas relacionados con el entorno social, la interacción con el sistema legal y otras circunstancias psicosociales, personales y ambientales (p. ej., problemas relacionados con un embarazo no deseado, ser víctima de un delito o terrorismo); problemas relacionados con el acceso a la atención médica y de otra índole; circunstancias de la historia personal (por ejemplo, Historia Personal de Trauma Psicológico); otros encuentros de servicios de salud para asesoramiento y asesoramiento médico (p. ej., asesoramiento sexual); y condiciones o problemas adicionales que pueden ser un foco de atención clínica (p. ej., deambulación asociada con un trastorno mental, duelo sin complicaciones, problema de fase de la vida).

Mejoras en línea

DSM-5-TR está disponible en suscripciones en línea en [PsychiatryOnline.org](https://www.psychiatryonline.org), así como un e-book que refleja la edición impresa. La versión en línea proporciona un conjunto completo de citas y referencias de apoyo en el texto que no están disponibles en forma impresa o en libros electrónicos; también se actualiza periódicamente para reflejar cualquier cambio que resulte del proceso de revisión iterativa del DSM-5, descrito en la Introducción. El DSM-5 se conservará en línea en un formato archivado en [PsychiatryOnline.org](https://www.psychiatryonline.org), unirse a versiones anteriores de DSM.

Las escalas y medidas de calificación clínica en la edición impresa y el libro electrónico (consulte "Medidas de evaluación" en la Sección III) se incluyen en línea junto con medidas de evaluación adicionales utilizadas en los ensayos de campo (www.psychiatry.org/dsm5), vinculados a los trastornos correspondientes. Del capítulo de la Sección III "Cultura y diagnóstico psiquiátrico", la Entrevista de formulación cultural, la Entrevista de formulación cultural: versión para informantes (ambas incluidas en forma impresa y en libro electrónico) y los módulos complementarios de la Entrevista de formulación cultural principal están disponibles en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

Declaración de precaución para Uso forense del DSM-5

Aunque los criterios de diagnóstico y el texto del DSM-5 están diseñados principalmente para ayudar a los médicos a realizar la evaluación clínica, la formulación de casos y la planificación del tratamiento, el DSM-5 también se utiliza como referencia para los tribunales y los abogados en la evaluación de las consecuencias legales de los trastornos mentales. Como resultado, es importante señalar que la definición de trastorno mental incluida en el DSM-5 se desarrolló para satisfacer las necesidades de los médicos, los profesionales de la salud pública y los investigadores de investigación, en lugar de las necesidades técnicas de los tribunales y los profesionales del derecho. También es importante tener en cuenta que el DSM-5 no proporciona pautas de tratamiento para ningún trastorno determinado.

Cuando se usan apropiadamente, los diagnósticos y la información de diagnóstico pueden ayudar a los tomadores de decisiones legales en sus determinaciones. Por ejemplo, cuando la presencia de un trastorno mental es el predicado de una determinación legal posterior (p. ej., reclusión civil involuntaria), el uso de un sistema de diagnóstico establecido aumenta el valor y la confiabilidad de la determinación. Al proporcionar un compendio basado en una revisión de la literatura clínica y de investigación pertinente, el DSM-5 puede facilitar la comprensión de las características relevantes de los trastornos mentales por parte de los responsables de la toma de decisiones legales. La literatura relacionada con los diagnósticos también sirve como control de la especulación sin fundamento sobre los trastornos mentales y sobre el funcionamiento de un individuo en particular. Finalmente, la información de diagnóstico sobre el curso longitudinal puede mejorar la toma de decisiones cuando el problema legal se refiere al funcionamiento mental de un individuo en un momento pasado o futuro.

Sin embargo, el uso del DSM-5 en entornos forenses debe basarse en la conciencia de los riesgos y limitaciones de su uso. Cuando las categorías, los criterios y las descripciones textuales del DSM-5 se emplean con fines forenses, existe el riesgo de que la información diagnóstica se utilice indebidamente o

incomprendido. Estos peligros surgen debido al ajuste imperfecto entre las cuestiones de máxima preocupación para la ley y la información contenida en un diagnóstico clínico. En la mayoría de las situaciones, el diagnóstico clínico de un trastorno mental del DSM-5, como un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), esquizofrenia, trastorno neurocognitivo mayor, ludopatía o trastorno pedófilo, no implica que una persona con dicha afección cumpla con los criterios legales para la presencia de un trastorno mental o “enfermedad mental” como se define en la ley, o un estándar legal específico (por ejemplo, por competencia, responsabilidad penal o discapacidad). Para este último, generalmente se requiere información adicional más allá de la contenida en el diagnóstico del DSM-5, que podría incluir información sobre las deficiencias funcionales del individuo y cómo estas deficiencias afectan las capacidades particulares en cuestión. Precisamente porque las deficiencias, capacidades y discapacidades varían ampliamente dentro de cada categoría diagnóstica, la asignación de un diagnóstico en particular no implica un nivel específico de riesgo, deficiencia o discapacidad.

No se recomienda el uso del DSM-5 para evaluar la presencia de un trastorno mental por parte de personas no clínicas, no médicas o con capacitación insuficiente. También se debe advertir a los encargados de la toma de decisiones no clínicas que un diagnóstico no conlleva las implicaciones necesarias con respecto a la etiología o las causas del trastorno mental del individuo o el grado de control del individuo sobre los comportamientos que pueden estar asociados con el trastorno. Incluso cuando la disminución del control sobre el propio comportamiento del individuo es una característica del trastorno, tener el diagnóstico en sí mismo no demuestra que un individuo en particular sea (o haya sido) incapaz de controlar su comportamiento en un momento determinado.

SECCIÓN II

Criterios y códigos de diagnóstico

Trastornos del neurodesarrollo

Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastornos bipolares y relacionados

Trastornos Depresivos

Desórdenes de ansiedad

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados

Trastornos relacionados con el trauma y el estrés

Trastornos disociativos

Síntomas somáticos y trastornos relacionados

Trastornos de la alimentación y la alimentación

Trastornos de Eliminación

Trastornos del sueño y la vigilia

disfunciones sexuales

Disforia de género

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias

Trastornos neurocognitivos

Desorden de personalidad

Trastornos parafílicos

Otros trastornos mentales y códigos adicionales

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica

32

33

Esta sección contiene los criterios de diagnóstico aprobados para uso clínico de rutina junto con los códigos de diagnóstico ICD-10-CM. Para cada trastorno mental, los criterios de diagnóstico van seguidos de un texto descriptivo para ayudar en la toma de decisiones de diagnóstico. Cuando sea necesario, también se proporcionan notas para facilitar la selección del código ICD-10-CM apropiado, así como los procedimientos de registro.

La Sección II también incluye dos capítulos de otras condiciones que no son trastornos mentales pero que pueden ser encontradas por los médicos. “Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos” presenta afecciones de importancia frecuente en el tratamiento con medicamentos de trastornos mentales u otras afecciones médicas y el diagnóstico diferencial con trastornos mentales (p. ej., un trastorno de ansiedad frente a acatisia aguda inducida por medicamentos).). “Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica” incluye condiciones y problemas psicosociales o ambientales que no se consideran trastornos mentales pero que afectan el diagnóstico, el curso, el pronóstico o el tratamiento del trastorno mental de una persona.

Estos tres componentes—los criterios y su texto descriptivo, los trastornos del movimiento inducidos por la medicación y otros efectos adversos de la medicación, y las descripciones de otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica—representan los elementos clave del proceso de diagnóstico clínico y, por lo tanto, se presentan juntos.

Trastornos del neurodesarrollo

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de condiciones con inicio en el período de desarrollo. Los trastornos típicamente se manifiestan temprano en el desarrollo, a menudo antes de que el niño ingrese a la escuela, y se caracterizan por deficiencias en el desarrollo o diferencias en los procesos cerebrales que producen deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. La gama de deficiencias o diferencias en el desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o el control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o la capacidad intelectual. Una vez que se pensó que estaba definido categóricamente, los enfoques dimensionales más recientes para la medición de los síntomas demuestran un rango de gravedad, a menudo sin un límite muy claro con el desarrollo típico. Por lo tanto, el diagnóstico de un trastorno requiere la presencia de síntomas y una función alterada.

Los trastornos del neurodesarrollo con frecuencia coexisten entre sí; por ejemplo, las personas con trastorno del espectro autista a menudo tienen un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) y muchos niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) también tienen un trastorno específico del aprendizaje. Los trastornos del neurodesarrollo también ocurren con frecuencia con otros trastornos mentales y conductuales con inicio en la infancia (p. ej., los trastornos de la comunicación y el trastorno del espectro autista pueden estar asociados con trastornos de ansiedad; el TDAH con el trastorno negativista desafiante; los tics con el trastorno obsesivo-compulsivo). Para algunos trastornos del neurodesarrollo, la presentación clínica incluye comportamientos que son más frecuentes o intensos en comparación con los de los niños normales de la misma edad de desarrollo y sexo, así como también deficiencias y retrasos en el logro de los hitos esperados. Por ejemplo, el trastorno del espectro autista se diagnostica solo cuando los déficits característicos de la comunicación social van acompañados de comportamientos excesivamente repetitivos, intereses restringidos e insistencia en la uniformidad.

El trastorno del desarrollo intelectual se caracteriza por deficiencias en las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Los déficits dan como resultado deficiencias en el funcionamiento adaptativo, de modo que el individuo no cumple con los estándares de independencia personal y responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida diaria, incluida la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en el hogar o en el trabajo. ajustes de la comunidad. El retraso global del desarrollo, como su nombre lo indica, se diagnostica cuando un individuo no cumple con los hitos del desarrollo esperados en varias áreas del funcionamiento intelectual. El diagnóstico se usa para personas menores de 5 años que no pueden someterse a evaluaciones sistemáticas del funcionamiento intelectual y, por lo tanto, el nivel de gravedad clínica no se puede evaluar de manera confiable. El trastorno del desarrollo intelectual puede resultar de una lesión adquirida durante el período de desarrollo de, por ejemplo, una lesión grave en la cabeza, en cuyo caso también se puede diagnosticar un trastorno neurocognitivo.

Los trastornos de la comunicación incluyen el trastorno del lenguaje, el trastorno de los sonidos del habla, el trastorno de la comunicación social (pragmática) y el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo). Los tres primeros trastornos se caracterizan por deficiencias en el desarrollo y uso del lenguaje, el habla y la comunicación social, respectivamente. El trastorno de la comunicación social se caracteriza por deficiencias en las habilidades de comunicación verbal y no verbal que dan como resultado

36

deterioro social y no se explican mejor por habilidades bajas en el lenguaje estructural, trastorno del desarrollo intelectual o trastorno del espectro autista.

El trastorno de la fluidez de inicio en la infancia se caracteriza por alteraciones de la fluidez normal y la producción motora del habla, incluidos sonidos o sílabas repetitivas, prolongación de consonantes o sonidos de vocales, palabras entrecortadas, bloqueos o palabras producidas con un exceso de tensión física. Al igual que otros trastornos del neurodesarrollo, los trastornos de la comunicación comienzan temprano en la vida y pueden producir deficiencias funcionales de por vida.

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, que incluyen

déficits en la reciprocidad social, conductas comunicativas no verbales utilizadas para la interacción social y habilidades para desarrollar, mantener y comprender las relaciones. Además de los déficits de comunicación social, el diagnóstico del trastorno del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos. Debido a que los síntomas cambian con el desarrollo y pueden estar enmascarados por mecanismos compensatorios, los criterios de diagnóstico pueden cumplirse con base en la información histórica, aunque la presentación actual debe causar un deterioro significativo.

Dentro del diagnóstico del trastorno del espectro autista, las características clínicas individuales se anotan mediante el uso de especificadores (con o sin deterioro intelectual acompañante; con o sin acompañante deterioro estructural del lenguaje; asociado con una condición genética u otra condición médica conocida o factor ambiental; asociado con un problema de neurodesarrollo, mental o conductual), así como especificadores que describen la gravedad de los síntomas autistas. Estos especificadores brindan a los médicos la oportunidad de individualizar el diagnóstico y comunicar una descripción clínica más completa de las personas afectadas. Por ejemplo, muchas personas previamente diagnosticadas con el trastorno de Asperger ahora recibirían un diagnóstico de trastorno del espectro autista sin lenguaje o discapacidad intelectual.

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles deficientes de falta de atención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La falta de atención y la desorganización implican la incapacidad de permanecer en la tarea, parecer no escuchar y perder los materiales necesarios para las tareas, en niveles que no son consistentes con la edad o el nivel de desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica hiperactividad, inquietud, incapacidad para permanecer sentado, inmiscuirse en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar, síntomas que son excesivos para la edad o el nivel de desarrollo. En la infancia, el TDAH con frecuencia se superpone con trastornos que a menudo se consideran "trastornos de externalización", como el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH a menudo persiste en la edad adulta, con el consiguiente deterioro del funcionamiento social, académico y ocupacional.

El trastorno específico del aprendizaje, como su nombre lo indica, se diagnostica cuando hay déficits específicos en la capacidad de un individuo para percibir o procesar información para aprender habilidades académicas de manera eficiente y precisa. Este trastorno del neurodesarrollo se manifiesta por primera vez durante los años de educación formal.

escolarización y se caracteriza por dificultades persistentes y perjudiciales con el aprendizaje de habilidades académicas fundamentales en lectura, escritura y/o matemáticas. El desempeño del individuo en las habilidades académicas afectadas está muy por debajo del promedio para su edad, o los niveles de desempeño aceptables se logran solo con un esfuerzo extraordinario. El trastorno específico del aprendizaje puede ocurrir en individuos identificados como dotados intelectualmente y manifestarse solo cuando las demandas de aprendizaje o los procedimientos de evaluación (p. ej., pruebas cronometradas) plantean barreras que no pueden ser superadas por su inteligencia innata y estrategias compensatorias. Para todos los individuos, el trastorno específico del aprendizaje puede producir deficiencias de por vida en las actividades que dependen de las habilidades, incluido el desempeño laboral.

Los trastornos motores del neurodesarrollo incluyen el trastorno del desarrollo de la coordinación, el trastorno de movimientos estereotipados y los trastornos de tics. El trastorno del desarrollo de la coordinación se caracteriza por deficiencias en la adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas y se manifiesta por torpeza y lentitud o imprecisión en la ejecución de

habilidades motoras que interfieren con las actividades de la vida diaria. El trastorno de movimientos estereotípicos se diagnostica cuando un individuo tiene comportamientos motores repetitivos, aparentemente motivados y aparentemente sin propósito, como agitar las manos, balancear el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse a sí mismo o golpearse. Los movimientos interfieren con las actividades sociales, académicas o de otro tipo. Si los comportamientos causan autolesiones, esto debe especificarse como parte de la descripción del diagnóstico. Los trastornos de tics se caracterizan por la presencia de tics motores o vocales, que son movimientos o vocalizaciones repentinos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados. La duración, la presunta etiología y la presentación clínica definen el trastorno de tic específico que se diagnostica: trastorno de Tourette, trastorno de tic vocal o motor persistente (crónico), trastorno de tic provisional, otro trastorno de tic especificado y trastorno de tic no especificado. El trastorno de Tourette se diagnostica cuando el individuo tiene múltiples tics motores y vocales que han estado presentes durante al menos un año y que tienen un curso de síntomas crecientes y menguantes.

El uso de especificadores para el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo enriquece la descripción clínica del curso clínico del individuo y

sintomatología actual. Estos incluyen los siguientes: Los especificadores de gravedad están disponibles para el trastorno del desarrollo intelectual, el trastorno del espectro autista, el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje y el trastorno del movimiento estereotípico. Los especificadores indicativos de la sintomatología actual están disponibles para el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje y el trastorno de tics motores o vocales persistentes. El trastorno del espectro autista y el trastorno del movimiento estereotípico también incluyen el especificador “asociado con una condición genética u otra condición médica conocida o factor ambiental”. Este especificador brinda a los médicos la oportunidad de documentar los factores que pueden haber jugado un papel en la etiología del trastorno, así como también aquellos que pueden afectar el curso clínico.

Trastornos del desarrollo intelectual

Trastorno del desarrollo intelectual (Discapacidad intelectual)

Criterios de diagnóstico

El trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo e incluye deficiencias en el funcionamiento tanto intelectual como adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los siguientes tres criterios:

- A. Déficits en las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados tanto por la evaluación clínica como por las pruebas de inteligencia estandarizadas e individualizadas.
- B. Déficits en el funcionamiento adaptativo que resultan en el incumplimiento de los estándares socioculturales y de desarrollo para la independencia personal y la responsabilidad social. sin curso

apoyo, los déficits adaptativos limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, como la comunicación, la participación social y la vida independiente, en múltiples entornos, como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Aparición de déficits intelectuales y adaptativos durante el periodo de desarrollo

38

Nota: El término ***trastorno del desarrollo intelectual*** se utiliza para aclarar su relación con el sistema de clasificación CIE-11 de la OMS, que utiliza el término ***Trastornos del desarrollo intelectual***. El término equivalente ***discapacidad intelectual*** se coloca entre paréntesis para su uso continuado. La literatura médica y de investigación utiliza ambos términos, mientras que discapacidad intelectual es el término de uso común por parte de las profesiones educativas y de otro tipo, los grupos de defensa y el público en general. En los Estados Unidos, la Ley Pública 111-256 (Ley de Rosa) cambió todas las referencias a “retraso mental” en las leyes federales a “discapacidad intelectual”.

Especifique la gravedad actual (consulte [la Tabla](#)

F70 Leve

F71 Moderado

F72 Severo

F73 profundo

39

**TABLA 1 Niveles de gravedad del trastorno del desarrollo intelectual
(discapacidad intelectual)**

Gravedad nivel	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
----------------	--------------------	----------------	------------------

Nivel de severidad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Templado	<p>Para niños en edad preescolar, puede que no haya diferencias conceptuales obvias.</p> <p>Para los niños en edad escolar y los adultos, existen dificultades para aprender habilidades académicas relacionadas con la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita apoyo en una o más áreas para cumplir con las expectativas relacionadas con la edad. En los adultos, se deterioran el pensamiento abstracto, la función ejecutiva (es decir, la planificación, la creación de estrategias, el establecimiento de prioridades y la flexibilidad cognitiva) y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas (p. ej., lectura, administración del dinero). Hay un enfoque algo concreto de los problemas y soluciones en comparación con los compañeros de edad.</p>	<p>En comparación con típicamente desarrollo de compañeros de edad, el individuo tiene dificultades para realizar tareas complejas de la vida diaria con precisión. Al percibir la adultez social de sus compañeros, la persona se implica una conversación sobre el supermártínes y las leyes, y se siente más concretos o inmaduros que la organización y el esfuerzo de los más jóvenes. Hay preparación de alimentos y vestimenta que regulan la emoción y la gestión. comportamiento social y habilidades sociales en a los de las dificultades de la edad que rigen las normas y las situaciones sociales. relacionado con el bienestar. Hay una comprensión del riesgo en la recreación requiere situaciones de riesgo y el apoyo emocional para la edad de empleo competitivo, y las personas se ven en la situación de ser manipulados y no enfatizados por otros (conceptualidad).</p>	<p>El individuo puede funcionar en desarrollo de compañeros de edad, el individuo tiene dificultades para realizar tareas complejas de la vida diaria con precisión. Al percibir la adultez social de sus compañeros, la persona se implica una conversación sobre el supermártínes y las leyes, y se siente más concretos o inmaduros que la organización y el esfuerzo de los más jóvenes. Hay preparación de alimentos y vestimenta que regulan la emoción y la gestión. comportamiento social y habilidades sociales en a los de las dificultades de la edad que rigen las normas y las situaciones sociales. relacionado con el bienestar. Hay una comprensión del riesgo en la recreación requiere situaciones de riesgo y el apoyo emocional para la edad de empleo competitivo, y las personas se ven en la situación de ser manipulados y no enfatizados por otros (conceptualidad).</p> <p>Por lo general, las personas necesitan apoyo para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y las decisiones legales, y para aprender a desempeñar una vocación calificada de manera competente. Por lo general, se necesita apoyo para formar una familia.</p>

Nivel de severidad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
40 Moderate	A lo largo del desarrollo, las habilidades conceptuales del individuo van a la zaga de las de sus compañeros. Para los niños en edad preescolar, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente. Para los niños en edad escolar, el progreso en lectura, escritura, matemáticas y comprensión del tiempo y el dinero ocurre lentamente a lo largo de los años escolares y es notablemente limitado en comparación con el de sus compañeros. Para los adultos, el desarrollo de habilidades académicas se encuentra típicamente en un nivel elemental y se requiere apoyo para el uso de todas las habilidades académicas en el trabajo y la vida personal. Se necesita asistencia continua todos los días para completar las tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otros pueden hacerse cargo de estas responsabilidades por completo para el individuo.	<p>El individuo muestra marcadas diferencias con sus compañeros en el comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo.</p> <p>El lenguaje hablado suele ser una herramienta principal para la comunicación social, pero es mucho menos complejo que el de los compañeros. La capacidad para las relaciones es evidente en los lazos con la familia y los amigos, y el individuo puede tener amistades exitosas a lo largo de la vida y, a veces, relaciones románticas en la edad adulta. Sin embargo, es posible que las personas no perciban o interpreten las señales sociales con precisión.</p> <p>El juicio social y las habilidades para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores deben ayudar a la persona con las decisiones de la vida.</p> <p>Las amistades con compañeros de desarrollo típico a menudo se ven afectadas por limitaciones sociales o de comunicación. Se necesita un apoyo social y comunicativo significativo en los entornos laborales para tener éxito.</p>	<p>El individuo puede atender sus necesidades personales como comer, vestirse, eliminar e higienizarse como un adulto, aunque se necesita un período prolongado de enseñanza y tiempo para que el individuo se vuelva independiente en estas áreas, y es posible que se necesiten recordatorios. De manera similar, la participación en todas las tareas del hogar se puede lograr en la edad adulta, aunque se necesita un período prolongado de enseñanza y, por lo general, se brindarán apoyos continuos para el desempeño a nivel de adulto. Se puede lograr el empleo independiente en trabajos que requieren habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesita un apoyo considerable de compañeros de trabajo, supervisores y otros para manejar las expectativas sociales, las complejidades del trabajo y las responsabilidades auxiliares, como la programación, el transporte, los beneficios de salud y la administración del dinero. . Se puede desarrollar una variedad de habilidades recreativas. Por lo general, estos requieren apoyos adicionales y oportunidades de aprendizaje durante un período prolongado de tiempo. El comportamiento desadaptativo está presente en una minoría significativa y causa problemas sociales.</p>

Nivel de severidad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
41 Severo	<p>El logro de habilidades conceptuales es limitado. El individuo generalmente tiene poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos relacionados con números, cantidad, tiempo y dinero. Los cuidadores brindan amplio apoyo para la resolución de problemas a lo largo de la vida.</p>	<p>El lenguaje hablado es bastante limitado en términos de vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras o frases sueltas y puede complementarse mediante medios aumentativos. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Las personas entienden el habla simple y la comunicación gestual. Las relaciones con los miembros de la familia y otros familiares son una fuente de placer y ayuda.</p>	<p>El individuo requiere apoyo para todas las actividades de la vida diaria, incluidas las comidas, vestirse, bañarse y eliminar. El individuo requiere supervisión en todo momento. El individuo no puede tomar decisiones responsables con respecto al bienestar de sí mismo o de los demás. En la edad adulta, la participación en las tareas del hogar, la recreación y el trabajo requiere apoyo y asistencia constantes. La adquisición de habilidades en todos los dominios implica enseñanza a largo plazo y apoyo continuo. El comportamiento desadaptativo, incluidas las autolesiones, está presente en una minoría significativa.</p>

Nivel de severidad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
<p>Las habilidades conceptuales profundas generalmente involucran el mundo físico más que los procesos simbólicos. El individuo puede usar objetos con fines específicos para el cuidado personal, el trabajo y la recreación.</p> <p>Se pueden adquirir ciertas habilidades visuoespaciales, como emparejar y clasificar según las características físicas. Sin embargo, las deficiencias motoras y sensoriales concurrentes pueden impedir el uso funcional de los objetos.</p>	<p>El individuo tiene muy Comprensión limitada de la comunicación simbólica en el habla o el gesto. Él o ella puede entender algunas instrucciones o gestos simples. El individuo expresa sus propios deseos y emociones en gran medida a través de la comunicación no verbal y no simbólica. El individuo disfruta de las relaciones con familiares bien conocidos, cuidadores y otras personas familiares, e inicia y responde a las interacciones sociales a través de señales gestuales y emocionales. Las deficiencias sensoriales y físicas concurrentes pueden impedir muchas actividades sociales.</p>	<p>El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades.</p> <p>Las personas sin impedimentos físicos severos pueden ayudar con algunas tareas laborales diarias en el hogar, como llevar los platos a la mesa. Las acciones simples con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con altos niveles de apoyo continuo. Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, el disfrute de escuchar música, ver películas, salir a caminar o participar en actividades acuáticas, todo ello con el apoyo de los demás. Los impedimentos físicos y sensoriales que ocurren simultáneamente son barreras frecuentes para la participación (más allá de la observación) en actividades domésticas, recreativas y vocacionales.</p>	<p>El comportamiento desadaptativo está presente en una minoría significativa.</p>

especificadores

Los diversos niveles de gravedad se definen sobre la base del funcionamiento adaptativo, y no de las puntuaciones de CI, porque es el funcionamiento adaptativo el que

determina el nivel de apoyo requerido. Además, las medidas de CI son menos válidas en el extremo inferior del rango de CI.

Características diagnósticas Las

características esenciales del trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) son los déficits en las capacidades mentales generales (Criterio A) y el deterioro en el funcionamiento adaptativo cotidiano, en comparación con los compañeros de edad, género y socioculturalidad de un individuo (Criterio B).

El inicio es durante el período de desarrollo (Criterio C). El diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual se basa tanto en la evaluación clínica como en pruebas estandarizadas de funciones intelectuales, pruebas neuropsicológicas estandarizadas y pruebas estandarizadas de funcionamiento adaptativo.

El criterio A se refiere a las funciones intelectuales que implican el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje a partir de la instrucción y la experiencia, y la comprensión práctica. Los componentes críticos incluyen comprensión verbal, memoria de trabajo, razonamiento perceptivo, razonamiento cuantitativo, pensamiento abstracto y eficacia cognitiva.

El funcionamiento intelectual generalmente se mide con pruebas de inteligencia administradas individualmente y psicométricamente válidas, integrales y culturalmente apropiadas. Las personas con trastorno del desarrollo intelectual tienen puntajes de aproximadamente dos desviaciones estándar o más por debajo de la media de la población, incluido un margen de error de medición (generalmente ± 5 puntos). En las pruebas con una desviación estándar de 15 y una media de 100, esto implica una puntuación de 65 a 75 (70 ± 5). Se requiere entrenamiento clínico y juicio para interpretar los resultados de las pruebas y evaluar el desempeño intelectual.

Los factores que pueden afectar los puntajes de las pruebas incluyen los efectos de la práctica (es decir, aprender de las pruebas repetidas) y el "efecto Flynn" (es decir, puntajes demasiado altos debido a normas de prueba desactualizadas). Puntuaciones no válidas pueden resultar del uso de breves pruebas de detección de inteligencia o pruebas grupales; las puntuaciones de subpruebas individuales altamente discrepantes pueden invalidar una puntuación general de CI. Los instrumentos deben estar normalizados para los antecedentes socioculturales y el idioma nativo del individuo. Los trastornos concurrentes que afectan la comunicación, el lenguaje y/o la función motora o sensorial pueden afectar los puntajes de las pruebas. Perfiles cognitivos individuales basados en pruebas neuropsicológicas, así como en pruebas intelectuales de batería cruzada.

La evaluación (utilizando múltiples coeficientes intelectuales u otras pruebas cognitivas para crear un perfil) son más útiles para comprender las habilidades intelectuales que un solo coeficiente intelectual. puntaje.

42

Tales pruebas pueden identificar áreas de fortalezas y debilidades relativas, una evaluación importante para la planificación académica y vocacional. Los puntajes de las pruebas de CI son aproximaciones del funcionamiento conceptual, pero pueden ser insuficientes para evaluar el razonamiento en situaciones de la vida real y el dominio de tareas prácticas. Por ejemplo, una persona con deficiencias en el funcionamiento intelectual cuyo coeficiente de inteligencia está algo por encima de 65 a 75 puede, sin embargo, tener problemas tan importantes de comportamiento adaptativo en el juicio social u otras áreas del funcionamiento adaptativo que el funcionamiento real de la persona es clínicamente comparable al de las personas con un puntaje de CI más bajo. Por lo tanto, el juicio clínico es importante para interpretar los resultados de las pruebas de CI, y usarlos como el único criterio para el diagnóstico de un trastorno del desarrollo intelectual es insuficiente.

Los déficits en el funcionamiento adaptativo (Criterio B) se refieren a qué tan bien una persona cumple con los estándares comunitarios de independencia personal y responsabilidad social, en comparación con otras personas de edad y antecedentes socioculturales similares. El funcionamiento adaptativo implica un razonamiento adaptativo en tres dominios: conceptual, social y práctico. El **dominio conceptual (académico)** involucra competencia en memoria, lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático, adquisición de conocimiento práctico, resolución de problemas y juicio en situaciones nuevas, entre otros. El **dominio social** implica la conciencia de los pensamientos, sentimientos y experiencias de los demás; empatía; habilidades de comunicación interpersonal; habilidades de amistad; y el juicio social, entre otros. El **dominio práctico** implica el aprendizaje y la autogestión en todos los entornos de la vida, incluido el cuidado personal, las responsabilidades laborales, la gestión del dinero, la recreación, la autogestión del comportamiento y la organización de tareas escolares y laborales, entre otros. La capacidad intelectual, la educación, la motivación, la socialización, las características de la personalidad, la oportunidad vocacional, la experiencia cultural y otras condiciones médicas o trastornos mentales coexistentes influyen en el funcionamiento adaptativo.

El funcionamiento adaptativo se evalúa utilizando tanto la evaluación clínica como medidas psicométricamente sólidas, culturalmente apropiadas e individualizadas.

Las medidas estandarizadas se utilizan con informantes bien informados (p. ej., parente u otro miembro de la familia, maestro, consejero, proveedor de atención) y el individuo en la medida de lo posible. Otras fuentes de información incluyen evaluaciones educativas, de desarrollo, médicas y de salud mental. Las puntuaciones de medidas estandarizadas y fuentes de entrevistas deben interpretarse utilizando el juicio clínico. Cuando las pruebas estandarizadas son difíciles o imposibles, debido a una variedad de factores (p. ej., deterioro sensorial, problemas graves de conducta), el individuo puede ser diagnosticado con un trastorno del desarrollo intelectual no especificado. El funcionamiento adaptativo puede ser difícil de evaluar en un entorno controlado (p. ej., prisiones, centros de detención); si es posible, se debe obtener información corroborativa que refleje el funcionamiento fuera de esos entornos.

El criterio B se cumple cuando al menos un dominio del funcionamiento adaptativo (conceptual, social o práctico) está lo suficientemente afectado como para que se necesite apoyo continuo para que la persona se desempeñe adecuadamente en múltiples entornos, como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad. . El criterio C, inicio durante el período de desarrollo, se refiere al reconocimiento de que los déficits intelectuales y de adaptación están presentes durante la niñez o la adolescencia.

Una evaluación integral incluye una evaluación de la capacidad intelectual y el funcionamiento adaptativo; identificación de etiologías genéticas y no genéticas; evaluación de condiciones médicas asociadas (p. ej., parálisis cerebral, trastorno convulsivo); y evaluación de trastornos mentales, emocionales y conductuales concurrentes. Los componentes de la evaluación pueden incluir antecedentes médicos pre y perinatales básicos, pedigree familiar trigeneracional, examen físico, evaluación genética (p. ej., análisis de cariotipo o micromatrizes cromosómicas y pruebas para síndromes genéticos específicos) y evaluación metabólica y de neuroimagen.

Funciones asociadas

El trastorno del desarrollo intelectual es una condición heterogénea con múltiples causas. Puede haber dificultades asociadas con el juicio social; evaluación del riesgo; autogestión de la conducta, las emociones o las relaciones interpersonales; o motivación en la escuela o

ambientes de trabajo Debido a la falta de conciencia sobre el riesgo y el peligro, las tasas de lesiones accidentales pueden aumentar. La falta de habilidades de comunicación puede predisponer a comportamientos disruptivos y agresivos. La credulidad es a menudo una característica que implica ingenuidad en situaciones sociales y una tendencia a dejarse guiar fácilmente por otros. La credulidad y la falta de conciencia del riesgo pueden resultar en explotación por parte de otros y posible victimización, fraude, participación criminal no intencional, confesiones falsas y riesgo de abuso físico y sexual. Estas características asociadas pueden ser importantes en casos penales, incluidas las audiencias tipo Atkins que involucran la pena de muerte.

Más allá de los déficits en el funcionamiento adaptativo, las personas también pueden angustiarse por sus limitaciones intelectuales. Si bien tal angustia no siempre puede verse como un impacto en el funcionamiento, la angustia puede representar una característica importante del escenario clínico.

Predominio

El trastorno del desarrollo intelectual tiene una prevalencia general en la población general de aproximadamente 10 por 1000; sin embargo, la prevalencia mundial varía según el país y el nivel de desarrollo, siendo aproximadamente 16 por 1000 en países de ingresos medios y 9 por 1000 en países de ingresos altos.

La prevalencia también varía según la edad, siendo mayor en jóvenes que en adultos. En los Estados Unidos, la prevalencia por 1000 habitantes no varía significativamente según los grupos etnoraciales.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno del desarrollo intelectual se encuentra en el período de desarrollo. La edad y los rasgos característicos al inicio dependen de la etiología y la gravedad de la disfunción cerebral. Los hitos motores, del lenguaje y sociales retrasados pueden identificarse dentro de los primeros 2 años de vida entre aquellos con un trastorno del desarrollo intelectual más grave, mientras que los niveles leves pueden no ser identificables hasta la edad escolar, cuando se hace evidente la dificultad con el aprendizaje académico. Todos los criterios (incluido el Criterio C) deben cumplirse con la historia o la presentación actual. Algunos niños menores de 5 años cuya presentación finalmente cumplirá los criterios de trastorno del desarrollo intelectual tienen deficiencias que cumplen los criterios de retraso global del desarrollo.

Cuando el trastorno del desarrollo intelectual se asocia con un síndrome genético, puede haber una apariencia física característica (p. ej., como en el síndrome de Down). Algunos síndromes tienen un **fenotipo conductual**, que se refiere a comportamientos específicos que son característicos de un trastorno genético particular (p. ej., el síndrome de Lesch-Nyhan). En las formas adquiridas, el inicio puede ser abrupto después de una enfermedad como meningitis o encefalitis o un traumatismo craneoencefálico que ocurre durante el período de desarrollo. Cuando el trastorno del desarrollo intelectual resulta de una pérdida de habilidades cognitivas previamente adquiridas, como en la lesión cerebral traumática grave, se pueden asignar los diagnósticos de trastorno del desarrollo intelectual y de trastorno neurocognitivo.

Aunque el trastorno del desarrollo intelectual generalmente no es progresivo, en ciertos trastornos genéticos (p. ej., síndrome de Rett) hay períodos de empeoramiento, seguidos de estabilización, y en otros (p. ej., síndrome de Sanfilippo, síndrome de Down) empeoramiento progresivo de la función intelectual en diversos grados. En algunos casos, el empeoramiento progresivo del funcionamiento intelectual puede representar la superposición de un trastorno neurocognitivo que se desarrolla en la edad adulta (es decir, las personas con síndrome de Down tienen un alto riesgo de desarrollar un trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer en la edad adulta). En esta situación se dan ambos diagnósticos, trastorno del desarrollo intelectual y trastorno neurocognitivo.

El trastorno generalmente dura toda la vida, aunque los niveles de gravedad pueden cambiar con el tiempo. El curso puede estar influenciado por condiciones médicas o genéticas subyacentes y condiciones concurrentes (p. ej., deficiencias auditivas o visuales, epilepsia). Las intervenciones tempranas y continuas pueden mejorar el funcionamiento adaptativo durante la niñez y la edad adulta. En algunos casos, estos dan como resultado una mejora significativa del funcionamiento intelectual, de modo que

el diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual ya no es apropiado. Por lo tanto, es una práctica común cuando se evalúa a bebés y niños pequeños retrasar el diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual hasta después de proporcionar un curso de intervención adecuado. Para niños mayores y adultos, el grado de apoyo brindado puede permitir la participación plena en todas las actividades de la vida diaria y mejorar la función adaptativa. Diagnóstico

Las evaluaciones deben determinar si las habilidades adaptativas mejoradas son el resultado de una adquisición de nuevas habilidades generalizada y estable (en cuyo caso el diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual puede no ser más apropiado) o si la mejora depende de la presencia de apoyos e intervenciones continuas (en en cuyo caso el diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual aún puede ser apropiado).

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos.

Las etiologías prenatales incluyen síndromes genéticos (p. ej., variaciones en la secuencia o variantes en el número de copias que involucran uno o más genes; trastornos cromosómicos), errores congénitos del metabolismo, malformaciones cerebrales, enfermedades maternas (incluida la enfermedad de la placenta) e influencias ambientales (p. ej., alcohol, otras drogas), toxinas, teratógenos). Las causas perinatales incluyen una variedad de eventos relacionados con el trabajo de parto y el parto que conducen a la encefalopatía neonatal. Las causas posnatales incluyen lesión isquémica hipóxica, lesión cerebral traumática, infecciones, trastornos desmielinizantes, trastornos convulsivos (p. ej., espasmos infantiles), privación social grave y crónica, y síndromes metabólicos tóxicos e intoxicaciones (p. ej., plomo, mercurio).

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura El trastorno del desarrollo intelectual ocurre en todos los grupos etnoraciales. Las diferencias de prevalencia entre los contextos sociales y culturales pueden deberse a la variación en los riesgos ambientales (p. ej., lesión perinatal, privación social crónica) del trastorno que están asociados con el nivel socioeconómico y el acceso a una atención médica de calidad. Por ejemplo, en Australia Occidental, la prevalencia de trastornos del desarrollo intelectual entre los niños aborígenes en la población es de 39 por cada 1000 personas, en comparación con 16 por 1000 para la población joven no aborigen más próspera. La sensibilidad cultural y el conocimiento de las condiciones socioestructurales son necesarios durante la evaluación y los antecedentes socioeconómicos, étnicos, culturales y lingüísticos del individuo; experiencias disponibles; y se debe considerar el funcionamiento adaptativo dentro de su comunidad y entorno cultural. Las explicaciones culturales del trastorno del desarrollo intelectual varían y pueden incluir creencias culturales sobre influencias sobrenaturales y castigos por presuntos o

irregularidades reales por parte de la madre o los padres, que pueden estar asociadas con la vergüenza y la falta de notificación del trastorno.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

En general, los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de ser diagnosticados con formas leves (proporción hombre:mujer promedio 1,6:1) y graves (proporción hombre:mujer promedio 1,2:1) de formas de trastorno del desarrollo intelectual. Sin embargo, las proporciones de sexo varían ampliamente en los estudios informados. Los factores genéticos relacionados con el sexo, las diferencias sexuales en otros factores genéticos, como las variantes específicas del número de copias, y la vulnerabilidad masculina al daño cerebral pueden explicar algunas de las diferencias sexuales.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Las personas con trastorno del desarrollo intelectual pueden estar en riesgo de suicidio asociado con un trastorno mental comórbido, una función intelectual y adaptativa superior y factores estresantes del pasado inmediato. El trastorno mental comórbido puede manifestarse atípicamente en el trastorno del desarrollo intelectual; por lo tanto, el reconocimiento de la comorbilidad y la detección de pensamientos suicidas es importante en el proceso de evaluación, con especial atención al cambio en el comportamiento del individuo.

45

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual debe realizarse siempre que se cumplan los criterios A, B y C. No se debe asumir un diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual debido a una condición médica o genética particular. Un síndrome genético relacionado con un trastorno del desarrollo intelectual debe señalarse como un diagnóstico concurrente con el trastorno del desarrollo intelectual.

Trastornos neurocognitivos mayores y leves El trastorno del desarrollo intelectual se clasifica como un trastorno del neurodesarrollo y es distinto de los trastornos neurocognitivos, que se caracterizan por una pérdida del funcionamiento cognitivo. El trastorno neurocognitivo mayor puede coexistir con un trastorno del desarrollo intelectual (p. ej., un individuo con síndrome de Down que desarrolla la enfermedad de Alzheimer, o un individuo con trastornos intelectuales).

trastorno del desarrollo que pierde más capacidad cognitiva después de una lesión en la cabeza). En tales casos, se pueden dar los diagnósticos de trastorno del desarrollo intelectual y trastorno neurocognitivo. Además, cuando hay estabilización del funcionamiento cognitivo después de una lesión cerebral traumática o no traumática con inicio en el período de desarrollo (infancia y adolescencia), y no hay deterioro cognitivo continuo, se pueden utilizar tanto los diagnósticos de trastorno neurocognitivo como de trastorno del desarrollo intelectual si se cumplen los criterios diagnósticos conocido por trastorno del desarrollo intelectual.

Trastornos de la comunicación y trastorno específico del aprendizaje

Los trastornos del neurodesarrollo son específicos de los dominios de comunicación y aprendizaje y no muestran déficits en el comportamiento intelectual y adaptativo. Pueden coexistir con el trastorno del desarrollo intelectual. Ambos diagnósticos se realizan si se cumplen todos los criterios para el trastorno del desarrollo intelectual y un trastorno de la comunicación o un trastorno específico del aprendizaje.

Desorden del espectro autista. El trastorno del desarrollo intelectual es común entre las personas con trastorno del espectro autista. La evaluación de la capacidad intelectual puede complicarse por los déficits de comunicación social y comportamiento inherentes al trastorno del espectro autista, que pueden interferir con la comprensión y el cumplimiento de los procedimientos de prueba. La evaluación adecuada del funcionamiento intelectual en el trastorno del espectro autista es esencial, con reevaluación a lo largo del período de desarrollo, porque las puntuaciones de CI en el trastorno del espectro autista pueden ser inestables, particularmente en la primera infancia.

Comorbilidad En

el trastorno del desarrollo intelectual son frecuentes los trastornos del neurodesarrollo y otros trastornos mentales y médicos concurrentes, con tasas de algunos trastornos (p. ej., trastornos mentales, parálisis cerebral y epilepsia) de tres a cuatro veces mayores que en la población general. El pronóstico y el resultado de los diagnósticos concurrentes pueden estar influenciados por la presencia de un trastorno del desarrollo intelectual. Los procedimientos de evaluación pueden requerir modificaciones debido a los trastornos asociados, incluidos los trastornos de la comunicación, el trastorno del espectro autista y los trastornos motores, sensoriales u otros. Los informantes bien informados son esenciales para identificar síntomas tales como irritabilidad, estado de ánimo

desregulación, agresión, problemas de alimentación y problemas de sueño, y para evaluar el funcionamiento adaptativo en varios entornos comunitarios.

Los trastornos del neurodesarrollo y otros trastornos mentales concurrentes más comunes son el trastorno por déficit de atención/hiperactividad; trastornos depresivos y bipolares; desórdenes de ansiedad; desorden del espectro autista; trastorno de movimientos estereotípicos (con o sin conducta autolesiva); trastornos del control de los impulsos; y trastorno neurocognitivo mayor. El trastorno depresivo mayor puede ocurrir en todo el rango de gravedad del trastorno del desarrollo intelectual. El comportamiento auto agresivo requiere atención diagnóstica inmediata y puede justificar un diagnóstico separado de trastorno de movimiento estereotípico. Las personas con trastorno del desarrollo intelectual, en particular aquellas con un trastorno del desarrollo intelectual más grave, también pueden exhibir comportamientos agresivos y disruptivos, incluido el daño a otros o la destrucción de la propiedad.

Las personas con trastorno del desarrollo intelectual tienen desproporcionadamente más problemas de salud, incluida la obesidad, que la población general. Con frecuencia no pueden verbalizar los síntomas físicos que están experimentando. Esto puede conducir a que los problemas de salud no se diagnostiquen ni se traten.

Relación con otras clasificaciones

La CIE-11 utiliza el término **trastornos del desarrollo intelectual** para indicar que se trata de trastornos que implican un deterioro del funcionamiento del cerebro en etapas tempranas de la vida. Estos trastornos se describen en la CIE-11 como un metasíndrome que ocurre en el período de desarrollo, de forma análoga a la demencia o al trastorno neurocognitivo mayor en la vejez. Hay cuatro subtipos de trastornos del desarrollo intelectual en la CIE-11: leve, moderado, grave y profundo.

La Asociación Estadounidense de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) utiliza el término **discapacidad intelectual**. La clasificación de la AAIDD es multidimensional más que categórica y se basa en el constructo de discapacidad. En lugar de enumerar los especificadores de gravedad como se hace en el DSM-5, la AAIDD enfatiza un perfil de apoyos basado en la gravedad.

Retraso en el desarrollo global

F88

Este diagnóstico se reserva para personas **menores** de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede evaluar de manera confiable durante la primera infancia. Esta categoría se diagnostica cuando una persona no cumple con los hitos de desarrollo esperados en varias áreas del funcionamiento intelectual y se aplica a las personas que no pueden someterse a evaluaciones sistemáticas del funcionamiento intelectual, incluidos los niños que son demasiado pequeños para participar en las pruebas estandarizadas. Esta categoría requiere una nueva evaluación después de un período de tiempo.

Desarrollo intelectual no especificado Trastorno (Discapacidad Intelectual)

F79

Esta categoría está reservada para personas **mayores** de 5 años cuando la evaluación del grado de trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) por medio de procedimientos disponibles localmente se vuelve difícil o imposible debido a deficiencias sensoriales o físicas asociadas, como en la ceguera o la sordera prelocutiva; ; discapacidad locomotora; o presencia de conductas problemáticas graves o trastorno mental concurrente. Esta categoría solo debe usarse en circunstancias excepcionales y requiere una nueva evaluación después de un período de tiempo.

desordenes comunicacionales

Los trastornos de la comunicación incluyen deficiencias en el lenguaje, el habla y la comunicación. **El habla** es la producción expresiva de sonidos e incluye la calidad de articulación, fluidez, voz y resonancia de un individuo. **El lenguaje** incluye la forma, función y uso de un sistema convencional de símbolos (es decir, palabras habladas, lenguaje de señas, palabras escritas, imágenes) en un

47

manera gobernada por reglas para la comunicación. **La comunicación** incluye cualquier comportamiento verbal o no verbal (ya sea intencional o no) que tiene el potencial de influir en el comportamiento, las ideas o las actitudes de otra persona. Las evaluaciones de las habilidades del habla, el lenguaje y la comunicación deben tener en cuenta el contexto cultural y lingüístico del individuo, en particular para las personas que crecen en entornos bilingües. Las medidas estandarizadas del desarrollo del lenguaje y de la capacidad intelectual no verbal deben ser relevantes para el grupo cultural y lingüístico (es decir, las pruebas desarrolladas y estandarizadas para un grupo pueden no proporcionar normas adecuadas para un grupo diferente). La categoría diagnóstica de los trastornos de la comunicación incluye lo siguiente: trastorno del lenguaje, trastorno de los sonidos del habla, trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo), trastorno de la comunicación social (pragmática) y trastornos de la comunicación no especificados. Las diferencias sexuales en el desarrollo de la comunicación temprana pueden dar lugar a una mayor tasas de prevalencia de los trastornos de la comunicación en los niños en comparación con las niñas. Dadas las características asociadas de los trastornos de la comunicación y la relación de la comunicación con otros dominios del desarrollo, los trastornos de la comunicación tienen altas tasas de comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), trastorno específico del aprendizaje, trastorno del desarrollo [discapacidad intelectual]), trastornos mentales (p. ej., trastornos de ansiedad) y algunas afecciones médicas (p. ej., trastornos convulsivos, anomalías cromosómicas específicas).

Trastorno del lenguaje

Criterios de diagnóstico

F80.2

- A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas las modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de señas u otro) debido a deficiencias en la comprensión o producción que incluyen lo siguiente:
 1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
 2. Estructura limitada de oraciones (capacidad para juntar palabras y terminaciones de palabras para formar oraciones basadas en las reglas de la gramática y la morfología).
 3. Deficiencias en el discurso (habilidad de usar vocabulario y conectar oraciones para explicar o describir un tema o serie de eventos o tener una conversación).
- B. Las habilidades lingüísticas están sustancial y cuantificablemente por debajo de lo esperado para la edad, lo que resulta en limitaciones funcionales en la comunicación efectiva, la participación social, los logros académicos o el desempeño ocupacional, individualmente o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas es en el período de desarrollo temprano.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a problemas auditivos o sensoriales, disfunción motora u otra afección médica o neurológica y no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o un retraso global del desarrollo.

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno del lenguaje son las dificultades en la adquisición y uso del lenguaje debido a deficiencias en la comprensión o producción de vocabulario, gramática, estructura de oraciones y discurso. Los déficits del lenguaje son evidentes en la comunicación hablada, la comunicación escrita o el lenguaje de señas. El aprendizaje y uso del idioma depende tanto de las habilidades receptoras como de las expresivas. **La habilidad expresiva** se refiere a la producción de voz,

señales gestuales o verbales, mientras que la **capacidad receptiva** se refiere al proceso de recibir y comprender los mensajes del lenguaje. Las habilidades lingüísticas deben evaluarse tanto en la modalidad expresiva como en la receptiva, ya que pueden diferir en gravedad.

El trastorno del lenguaje suele afectar al vocabulario y la gramática, y estos efectos limitan la capacidad de discurso. Es probable que las primeras palabras y frases del niño se retrasen.

48

en el inicio; el tamaño del vocabulario es más pequeño y menos variado de lo esperado; y las oraciones son más cortas y menos complejas con errores gramaticales, especialmente en tiempo pasado. Con frecuencia se subestiman las deficiencias en la comprensión del lenguaje, ya que los niños pueden ser buenos para usar el contexto para inferir el significado. Puede haber problemas para encontrar palabras, definiciones verbales empobrecidas o poca comprensión de sinónimos, significados múltiples o juegos de palabras apropiados para la edad y la cultura. Los problemas para recordar palabras y oraciones nuevas se manifiestan por dificultades para seguir instrucciones cada vez más largas, dificultades para ensayar cadenas de información verbal (p. ej., recordar un número de teléfono o una lista de compras) y dificultades para recordar secuencias de sonidos novedosos, una habilidad que puede ser importante para aprendiendo nuevas palabras. Las dificultades con el discurso se manifiestan en una capacidad reducida para brindar información adecuada sobre los eventos clave y para narrar una historia coherente.

La dificultad del lenguaje se manifiesta por habilidades sustancial y cuantificablemente por debajo de lo esperado para la edad y que interfieren significativamente con el desempeño académico ocupacional, b) comunicación efectiva o la socialización (Criterio ~~legro~~, ~~b) En diagnóstico de base se considera que existe una historia del individuo, la observación clínica directa en diferentes contextos (es decir, el hogar, la escuela o el trabajo) y las puntuaciones de las pruebas estandarizadas de capacidad del lenguaje que se pueden usar para guiar las estimaciones de la gravedad. .~~

Funciones asociadas

Las personas, incluso los niños, pueden adaptarse a su lenguaje limitado. Pueden parecer tímidos o reticentes a hablar. Afectado

las personas pueden preferir comunicarse solo con miembros de la familia u otras personas conocidas. Aunque estos indicadores sociales no son diagnósticos de un trastorno del lenguaje, si son notables y persistentes, justifican la derivación para una evaluación completa del lenguaje.

Desarrollo y curso La adquisición del

lenguaje está marcada por cambios desde el inicio en la niñez hasta el nivel adulto de competencia que aparece durante la adolescencia. Los cambios aparecen en las dimensiones del lenguaje (sonidos, palabras, gramática, narraciones/textos expositivos y habilidades conversacionales) en incrementos y sincronías clasificados por edad. El trastorno del lenguaje surge durante el período de desarrollo temprano; sin embargo, existe una variación considerable en la adquisición temprana de vocabulario y combinaciones tempranas de palabras. Las diferencias individuales en la primera infancia no son, como indicadores únicos, altamente predictivos de los resultados posteriores, aunque un inicio tardío del lenguaje a los 24 meses en una muestra basada en la población fue el mejor predictor de los resultados a los 7 años.

A la edad de 4 años, las diferencias individuales en la capacidad del lenguaje son más estables, con mejor precisión de medición y son altamente predictivas de resultados posteriores. Es probable que el trastorno del lenguaje diagnosticado en niños de 4 años o más se mantenga estable con el tiempo y, por lo general, persista hasta la edad adulta, aunque es probable que el perfil particular de fortalezas y deficiencias del lenguaje cambie a lo largo del desarrollo.

Los trastornos del lenguaje pueden tener consecuencias sociales a lo largo de la vida. Los niños con trastornos del lenguaje corren el riesgo de ser victimizados por sus compañeros. Para las mujeres con trastornos del lenguaje infantil, podría haber casi tres veces el riesgo de agresión sexual en la edad adulta en comparación con los niños no afectados.

Factores de riesgo y pronóstico Los niños

con alteraciones del lenguaje receptivo tienen un peor pronóstico que aquellos con alteraciones predominantemente expresivas. Las deficiencias en el lenguaje receptivo son más resistentes al tratamiento y con frecuencia se observan dificultades con la comprensión de lectura.

Ambiental. El bilingüismo no causa ni empeora un trastorno del lenguaje, pero los niños bilingües pueden demostrar retrasos o diferencias en

desarrollo del lenguaje. A

el trastorno del lenguaje en niños bilingües afectará a ambos idiomas; por lo tanto, es importante considerar la evaluación en ambos idiomas.

Genético y fisiológico. Los trastornos del lenguaje son altamente hereditarios y es más probable que los miembros de la familia tengan antecedentes de deterioro del lenguaje. Los estudios de gemelos basados en la población informan consistentemente una heredabilidad sustancial para el trastorno del lenguaje, y los estudios moleculares sugieren múltiples genes que interactúan en vías causales.

Diagnóstico diferencial Variaciones

normales en el lenguaje. El trastorno del lenguaje debe distinguirse de las variaciones normales del desarrollo, y esta distinción puede ser difícil de hacer antes de los 4 años. Las variaciones regionales, sociales o culturales/étnicas del idioma (p. ej., dialectos) deben tenerse en cuenta cuando se evalúa a una persona por problemas de lenguaje.

Audición u otra discapacidad sensorial. La discapacidad auditiva debe excluirse como la causa principal de las dificultades del lenguaje. Los déficits del lenguaje pueden estar asociados con una deficiencia auditiva, otro déficit sensorial o un déficit motor del habla. Cuando las deficiencias del lenguaje superan las que normalmente se asocian con estos problemas, se puede hacer un diagnóstico de trastorno del lenguaje.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). El deterioro del lenguaje es a menudo la característica de presentación del trastorno del desarrollo intelectual. Sin embargo, es posible que el diagnóstico definitivo de trastorno del desarrollo intelectual no se realice hasta que el niño pueda completar las evaluaciones estandarizadas. El trastorno del lenguaje puede ocurrir con diversos grados de capacidad intelectual, y no es necesaria una discrepancia entre la capacidad verbal y no verbal para un diagnóstico de trastorno del lenguaje.

Desorden del espectro autista. El trastorno del espectro autista se manifiesta con frecuencia con un retraso en el desarrollo del lenguaje. Sin embargo, el trastorno del espectro autista a menudo se acompaña de comportamientos que no están presentes en el trastorno del lenguaje, como la falta de interés social o interacciones sociales inusuales (p.

tomados de la mano sin ningún intento de mirarlos), patrones de juego extraños (p. ej., llevar juguetes pero nunca jugar con ellos), patrones de comunicación inusuales (p. ej., conocer el alfabeto pero no responder a su propio nombre) y adherencia rígida a las rutinas y comportamientos repetitivos (p. ej., aleteo, giro, ecolalia).

Desórdenes neurológicos. El trastorno del lenguaje puede adquirirse en asociación con trastornos neurológicos, incluida la epilepsia (p. ej., afasia adquirida o síndrome de Landau-Kleffner).

Regresión del lenguaje. La pérdida del habla y el lenguaje en un niño de cualquier edad justifica una evaluación exhaustiva para determinar si existe una afección neurológica específica, como el síndrome de Landau-Kleffner. La pérdida del lenguaje puede ser un síntoma de convulsiones y es necesaria una evaluación diagnóstica para excluir la presencia de epilepsia (p. ej., electroencefalograma de rutina y del sueño). Las disminuciones en los comportamientos sociales y de comunicación críticos durante los primeros 2 años de vida son evidentes en la mayoría de los niños que presentan un trastorno del espectro autista y deberían señalar la necesidad de una evaluación del trastorno del espectro autista.

Comorbilidad EI

trastorno del lenguaje puede estar asociado con otros trastornos del neurodesarrollo en términos de trastorno específico del aprendizaje (alfabetización y aritmética), trastorno del desarrollo intelectual, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo de la coordinación. También se asocia con el trastorno de la comunicación social (pragmática). En muestras clínicas, el trastorno del lenguaje puede coexistir con el trastorno de los sonidos del habla, aunque los datos de una gran muestra poblacional de niños de 6 años en los Estados Unidos sugieren que la comorbilidad podría ser rara (1,3 %). A menudo hay antecedentes familiares positivos de trastornos del habla o del lenguaje.

Trastorno del sonido del habla

Criterios de diagnóstico

F80.0

- A. Dificultad persistente con la producción de sonidos del habla que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.
- B. La perturbación causa limitaciones en comunicación efectiva que interfiere con la participación social, el logro académico o el desempeño ocupacional, individualmente o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas es en el período de desarrollo temprano.
- D. Las dificultades no son atribuibles a condiciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, sordera o pérdida de la audición, lesión cerebral traumática u otras condiciones médicas o neurológicas.

Características de

diagnóstico La producción de sonidos del habla describe la articulación clara de los fonemas (es decir, sonidos individuales) que en combinación forman las palabras habladas. La producción de sonidos del habla requiere tanto el conocimiento fonológico de los sonidos del habla como la capacidad de coordinar los movimientos de los articuladores (es decir, la mandíbula, la lengua y los labios) con la respiración y la vocalización para emitirlos. Los niños con dificultades en la producción del habla pueden experimentar dificultades con el conocimiento fonológico de los sonidos del habla o la capacidad de coordinar movimientos para hablar en diversos grados. Un trastorno de los sonidos del habla se diagnostica cuando la producción de los sonidos del habla no es la esperada según la edad y la etapa de desarrollo del niño y cuando los déficits no son el resultado de un impedimento físico, estructural, neurológico o auditivo.

Entre los niños con un desarrollo típico a la edad de 3 años, el habla en general debe ser inteligible, mientras que a la edad de 2 años, solo el 50% puede ser comprensible.

Los niños tienen más probabilidades (rango de 1,5 a 1,8 a 1,0) de tener un trastorno de los sonidos del habla que las niñas.

Funciones asociadas

Se puede encontrar que el trastorno del lenguaje coexiste con el trastorno de los sonidos del habla, aunque las coexistencias son raras a la edad de 6 años. Una historia familiar positiva

de trastornos del habla o del lenguaje a menudo está presente.

Si la capacidad de coordinar rápidamente los articuladores es un aspecto particular de dificultad, puede haber antecedentes de retraso o falta de coordinación en la adquisición de habilidades que también utilizan los articuladores y la musculatura facial relacionada; entre otras, estas habilidades incluyen masticar, mantener la boca cerrada y sonarse la nariz. Otras áreas de la coordinación motora pueden verse afectadas como en el trastorno del desarrollo de la coordinación. Los términos **apraxia infantil del habla** y **dispraxia verbal** se utilizan para problemas de producción del habla con componentes motores.

Desarrollo y curso Aprender a producir

sonidos del habla de forma clara y precisa y aprender a producir un discurso conectado con fluidez son habilidades de desarrollo. La articulación de los sonidos del habla sigue un patrón de desarrollo, que se refleja en las normas de edad de las pruebas estandarizadas. No es raro que los niños con un desarrollo típico usen procesos de desarrollo para acortar palabras y sílabas a medida que aprenden a hablar, pero su progreso en el dominio de la producción de sonidos del habla debería resultar en un habla mayormente inteligible a los 3 años.

Los niños con trastorno de los sonidos del habla continúan utilizando procesos de simplificación fonológica inmaduros más allá de la edad en que la mayoría de los niños pueden producir palabras con claridad.

La mayoría de los sonidos del habla se deben producir con claridad y la mayoría de las palabras se deben pronunciar con precisión de acuerdo con la edad y las normas de la comunidad a los 5 años. lo mas

Los sonidos frecuentemente mal articulados en inglés también tienden a aprenderse más tarde, lo que los lleva a llamarse "últimos ocho" (**l, r, s, z, th, ch, dzh** y zh).

La mala articulación de cualquiera de estos sonidos por sí sola podría considerarse dentro de los límites normales hasta los 8 años de edad; sin embargo, cuando se trata de múltiples sonidos, es importante enfocarse en algunos de esos sonidos como parte de un plan para mejorar la inteligibilidad, en lugar de esperar hasta la edad en que casi todos los niños puedan producirlos con precisión. El ceceo (es decir, sibilancias mal articuladas) es particularmente común y puede involucrar patrones frontales o laterales.

de la dirección de la corriente de aire. Puede estar asociado con un patrón de deglución por empuje de la lengua.

La mayoría de los niños con trastorno de los sonidos del habla responden bien al tratamiento y las dificultades del habla mejoran con el tiempo y, por lo tanto, es posible que el trastorno no dure toda la vida. Sin embargo, cuando también está presente un trastorno del lenguaje, el trastorno del habla tiene un peor pronóstico y puede estar asociado con un trastorno específico del aprendizaje.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales en el habla. Se deben considerar las variaciones regionales, sociales o culturales/étnicas del habla antes de hacer el diagnóstico. Los niños bilingües pueden demostrar una calificación general de inteligibilidad más baja, cometer más errores generales de consonantes y vocales y producir patrones de errores más poco comunes que los niños monolingües de habla inglesa cuando se evalúan solo en inglés.

Audición u otra discapacidad sensorial. Las personas sordas o con dificultades auditivas pueden tener errores en la producción de sonidos del habla. Cuando los déficits del habla superan los que normalmente se asocian con estos problemas, se puede hacer un diagnóstico de trastorno de los sonidos del habla.

Déficits estructurales. El deterioro del habla puede deberse a deficiencias estructurales (p. ej., paladar hendido).

Disartria. El deterioro del habla puede atribuirse a un trastorno motor, como la parálisis cerebral. Los signos neurológicos, así como las características distintivas de la voz, diferencian la disartria del trastorno de los sonidos del habla, aunque en niños pequeños (menores de 3 años) la diferenciación puede ser difícil, particularmente cuando no hay o hay una mínima afectación motora general del cuerpo (como en, por ejemplo, Worster -Síndrome de sequía).

Mutismo selectivo. El uso limitado del habla puede ser un signo de mutismo selectivo, un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la falta de habla en uno o más contextos o entornos. El mutismo selectivo puede desarrollarse en niños con un trastorno del habla debido a la vergüenza de sus impedimentos, pero muchos niños con mutismo selectivo exhiben un habla normal en entornos "seguros", como en casa o con amigos cercanos.

comorbilidad

El habla puede tener un deterioro diferencial en ciertas condiciones genéticas (p. ej., síndrome de Down, delección 22q, mutación del gen **FoxP2**). Si están presentes, también deben codificarse.

Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (Tartamudeo)

Criterios de diagnóstico

F80.81

- A. Alteraciones en la fluidez normal y patrones de tiempo del habla que son inapropiadas para la edad y las habilidades lingüísticas del individuo, persisten con el tiempo y se caracterizan por ocurrencias frecuentes y marcadas de uno (o más) de los siguientes: 1. Sonido y sílaba repeticiones
2. Prolongaciones de sonido de consonantes y vocales.
- 52
3. Palabras entrecortadas (p. ej., pausas dentro de una palabra).
4. Bloqueo audible o silencioso (pausas llenas o sin llenar en habla).
5. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras).
6. Palabras producidas con exceso de tensión física.
7. Repeticiones monosílabicas de palabras completas (p. ej., "III ver a él").
- B. La perturbación causa ansiedad por hablar o limitaciones en la comunicación efectiva, la participación social o el desempeño académico u ocupacional, individualmente o en cualquier combinación.

C. El inicio de los síntomas es en el período de desarrollo temprano.

(Nota: los casos de inicio tardío se diagnostican como trastorno de fluidez de inicio en adultos F98.5).

D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensorial del habla, falta de fluidez asociada con una lesión neurológica (p. ej., accidente cerebrovascular, tumor, trauma) u otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) es una alteración de la fluidez normal y de los patrones temporales del habla que no es apropiado para la edad del individuo. Este trastorno se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas y por otros tipos de falta de fluidez en el habla, incluidas palabras entrecortadas (p. ej., pausas dentro de una palabra), bloqueos audibles o silenciosos (p. ej., pausas llenas o vacías en el habla), circunloquios (es decir, sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas), palabras producidas con un exceso de tensión física y repeticiones monosílábicas de palabras completas (p. ej., "Yo lo veo"). La alteración de la fluidez puede interferir con los logros académicos u ocupacionales y con la comunicación social. El alcance de la perturbación varía de una situación a otra y, a menudo, es más grave cuando existe una presión especial para comunicarse (p. ej., dar un informe en la escuela, entrevistarse para un trabajo).

La disfluencia a menudo está ausente durante la lectura oral, el canto o el hablar con objetos inanimados o con mascotas.

Funciones asociadas

Puede desarrollarse una anticipación temerosa del problema. El hablante puede intentar evitar la falta de fluidez mediante mecanismos lingüísticos (p. ej., alterando la velocidad del habla, evitando ciertas palabras o sonidos) o evitando ciertas situaciones del habla, como hablar por teléfono o hablar en público. Además de ser características de la afección, se ha demostrado que el estrés y la ansiedad exacerbaban la falta de fluidez.

El trastorno de la fluidez de inicio en la infancia también puede estar acompañado de movimientos motores (p. ej., parpadeo, tics, temblores en los labios o la cara, sacudidas de los

cabeza, movimientos respiratorios, apretar los puños). Los niños con trastorno de la fluidez muestran una variedad de habilidades del lenguaje y la relación entre el trastorno de la fluidez y las habilidades del lenguaje no está clara.

Los estudios han demostrado diferencias neurológicas tanto estructurales como funcionales en los niños que tartamudean. Los hombres son más propensos a tartamudear que las mujeres, con estimaciones que varían según la edad y la posible causa del tartamudeo. Las causas de la tartamudez son multifactoriales, incluidos ciertos factores genéticos y neurofisiológicos.

Desarrollo y curso El trastorno de la

fluidez de inicio en la niñez, o tartamudeo del desarrollo, ocurre a los 6 años en el 80% al 90% de los individuos afectados, con una edad de inicio que oscila entre los 2 y los 7 años. El inicio puede ser insidioso o más repentino. Por lo general, las disfluencias comienzan gradualmente, con la repetición de las consonantes iniciales, las primeras palabras de una frase o palabras largas. El niño puede no ser consciente de las disfluencias. A medida que avanza el trastorno, las disfluencias se vuelven más frecuentes e interfieren, ocurriendo en las palabras o frases más significativas del enunciado. A medida que el niño se da cuenta de la dificultad del habla, puede desarrollar mecanismos para evitar la

53

falta de fluidez y respuestas emocionales, incluida la evitación de hablar en público y el uso de expresiones breves y sencillas. La investigación longitudinal muestra que entre el 65% y el 85% de los niños se recuperan de la falta de fluidez, y la gravedad del trastorno de la fluidez a los 8 años predice la recuperación o la persistencia en la adolescencia y más allá.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos

El riesgo de tartamudeo entre los familiares biológicos de primer grado de personas con trastorno de fluidez de inicio en la infancia es más de tres veces el riesgo en la población general. Hasta la fecha, se han identificado mutaciones de cuatro genes que subyacen en algunos casos de tartamudez.

Consecuencias funcionales de la fluidez de inicio en la niñez Trastorno (tartamudeo)

Además de ser características de la afección, el estrés y la ansiedad pueden exacerbar la falta de fluidez. El deterioro del funcionamiento social puede resultar de esta ansiedad. Las actitudes comunicativas negativas pueden ser una consecuencia funcional de la tartamudez que comienza en los años preescolares y aumenta con la edad.

Diagnóstico diferencial

Déficits sensoriales

Las disfluencias del habla pueden estar asociadas con una deficiencia auditiva u otro déficit sensorial o un déficit motor del habla. Cuando las disfluencias del habla superan las que normalmente se asocian con estos problemas, se puede hacer un diagnóstico de trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.

Disfluencias normales del habla. El trastorno debe distinguirse de las disfluencias normales que ocurren con frecuencia en niños pequeños, que incluyen repeticiones de palabras o frases completas (p. ej., "Quiero, quiero helado"), frases incompletas, interjecciones, pausas vacías y comentarios entre paréntesis. Si estas dificultades aumentan en frecuencia o complejidad a medida que el niño crece, puede ser apropiado un diagnóstico de trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.

Trastorno específico del aprendizaje, con deterioro de la lectura. A los niños que tienen problemas de fluidez cuando leen en voz alta se les puede diagnosticar erróneamente un trastorno de la lectura. La fluidez de la lectura oral generalmente se mide mediante evaluaciones cronometradas. Es posible que las tasas de lectura más lentas no reflejen con precisión la capacidad de lectura real de los niños que tartamudean.

Bilingüismo. Es necesario distinguir entre las disfluencias resultantes de los intentos de aprender un nuevo idioma y las disfluencias que indican un trastorno de la fluidez, que típicamente aparecen en ambos idiomas.

Efectos secundarios de los medicamentos. La tartamudez puede ocurrir como un efecto secundario de la medicación y puede detectarse por una relación temporal con la exposición a la medicación.

Disfluencias de inicio en adultos. Si el inicio de la falta de fluidez es durante o después de la adolescencia, se trata de una "disfluencia de inicio en la edad adulta" en lugar de un trastorno del neurodesarrollo. Las disfluencias de inicio en la edad adulta están asociadas con insultos neurológicos específicos y una variedad de condiciones médicas y trastornos mentales y pueden especificarse con ellos, pero no son un diagnóstico del DSM-5.

Trastorno de Tourette. Los tics vocales y las vocalizaciones repetitivas del trastorno de Tourette deben distinguirse de los sonidos repetitivos del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia por su naturaleza y momento.

comorbilidad

El trastorno de la fluidez de inicio en la infancia puede coexistir con otros trastornos, como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno del espectro autista, el trastorno del desarrollo intelectual

54

(discapacidad intelectual), trastorno del lenguaje o trastorno específico del aprendizaje, trastornos convulsivos, trastorno de ansiedad social, trastorno de los sonidos del habla y otros trastornos del desarrollo.

Trastorno de la comunicación social (pragmática)

Criterios de diagnóstico

F80.82

- A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal, manifestadas por todo lo siguiente:
 1. Déficit en el uso de la comunicación con fines sociales, como saludar y compartir información, de manera apropiada para el contexto social.
 2. Deterioro de la capacidad de cambiar la comunicación para que coincida con el contexto o las necesidades del oyente, como hablar de manera diferente en un salón de clases que en un patio de recreo, hablar de manera diferente a un niño que a un adulto y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
 3. Dificultades para seguir las reglas de conversación y narración de historias, como turnarse en la conversación, reformular cuando no se entiende y saber cómo usar señales verbales y no verbales para regular la interacción.

4. Dificultades para comprender lo que no se establece explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y los significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., modismos, humor, metáforas, significados múltiples que dependen del contexto para la interpretación).
- B. Los déficits resultan en limitaciones funcionales en la comunicación efectiva, participación social, relaciones sociales, logros académicos o desempeño ocupacional, individualmente o en combinación.
- C. El inicio de los síntomas se encuentra en el período de desarrollo temprano (pero es posible que los déficits no se manifiesten por completo hasta que las demandas de comunicación social superen las capacidades limitadas).
- D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica o a habilidades bajas en los dominios de estructura de palabras y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro autista, un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), un retraso global en el desarrollo u otro trastorno mental.

Características diagnósticas

El trastorno de la comunicación social (pragmática) se caracteriza por una dificultad primaria con la **pragmática** (es decir, el uso social del lenguaje y la comunicación), que se manifiesta por deficiencias en la comprensión y el seguimiento de las reglas sociales de la comunicación tanto verbal como no verbal en contextos naturalistas, lenguaje cambiante según las necesidades del oyente o de la situación, y siguiendo reglas de conversación y narración. Los déficits en la comunicación social resultan en limitaciones funcionales en la comunicación efectiva, la participación social, el desarrollo de las relaciones sociales, el rendimiento académico o el desempeño ocupacional. Los déficits no se explican mejor por las bajas habilidades en los dominios del lenguaje estructural o la capacidad cognitiva o por el trastorno del espectro autista.

Funciones asociadas

La característica asociada más común del trastorno de la comunicación social (pragmática) es el deterioro del lenguaje, que se caracteriza por una historia de

retraso en alcanzar los hitos del lenguaje y problemas estructurales del lenguaje históricos, si no actuales (ver “Trastorno del lenguaje” anteriormente en este capítulo). Las personas con déficit de comunicación social pueden

evitar las interacciones sociales. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), los problemas emocionales y de comportamiento y los trastornos específicos del aprendizaje también son más comunes entre las personas afectadas.

Desarrollo y curso Debido a que la

comunicación social (pragmática) depende del progreso adecuado del desarrollo del habla y el lenguaje, el diagnóstico de trastorno de la comunicación social (pragmática) es raro entre los niños menores de 4 años. A la edad de 4 o 5 años, la mayoría de los niños deben poseer habilidades adecuadas de habla y lenguaje para permitir la identificación de déficits específicos en la comunicación social. Es posible que las formas más leves del trastorno no se manifiesten hasta la adolescencia temprana, cuando el lenguaje y las interacciones sociales se vuelven más complejas.

El resultado del trastorno de la comunicación social (pragmática) es variable; algunos niños mejoran sustancialmente con el tiempo y otros continúan teniendo dificultades que persisten hasta la edad adulta. Incluso entre aquellos que tienen mejoras significativas, los déficits tempranos en pragmática pueden causar problemas duraderos en las relaciones sociales y el comportamiento y también un bajo rendimiento de otras habilidades relacionadas, como la expresión escrita, la comprensión lectora y la lectura oral.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos, Los antecedentes familiares de trastorno del espectro autista, trastornos de la comunicación o un trastorno específico del aprendizaje parecen aumentar el riesgo de un trastorno de la comunicación social (pragmático); esto incluye a los hermanos de niños con estos trastornos que pueden presentar síntomas tempranos de trastorno de comunicación social (pragmático).

Diagnóstico diferencial

Trastorno del espectro autista.

El trastorno del espectro autista es la principal consideración diagnóstica para las personas que presentan deficiencias en la comunicación social. Los dos trastornos se pueden diferenciar por la presencia en el trastorno del espectro autista de patrones de conducta, intereses o actividades restringidos/repetitivos y su ausencia en el trastorno de la comunicación social (pragmática). Las personas con trastorno del espectro autista solo pueden mostrar patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos/repetitivos durante el período de desarrollo temprano, por lo que se debe obtener una historia completa. La ausencia actual de síntomas no impediría un diagnóstico de trastorno del espectro autista, si los intereses restringidos y los comportamientos repetitivos estuvieron presentes en el pasado. Se debe considerar un diagnóstico de trastorno de la comunicación social (pragmática) solo si los síntomas actuales o la historia del desarrollo no revelan evidencia de síntomas que cumplan con los criterios de diagnóstico para patrones restringidos/repetitivos de comportamiento, intereses o actividades del trastorno del espectro autista (es decir, Criterio B) Causante de deterioro actual. Los síntomas de la comunicación social pueden ser más leves en el trastorno de la comunicación social (pragmática) que en el trastorno del espectro autista, aunque cualitativamente similares.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. Los déficits primarios del TDAH pueden causar deficiencias en la comunicación social y limitaciones funcionales de la comunicación efectiva, la participación social o el rendimiento académico.

Desorden de ansiedad social. Los síntomas del trastorno de la comunicación social (pragmático) se superponen con los del trastorno de ansiedad social. La característica diferenciadora es el momento del inicio de los síntomas. En el trastorno de la comunicación social (pragmática), el individuo nunca ha tenido una comunicación social eficaz; en el trastorno de ansiedad social, las habilidades de comunicación social se desarrollaron adecuadamente pero no se utilizan debido a la ansiedad, el miedo o la angustia acerca de las interacciones sociales.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) y retraso global del desarrollo.

Las habilidades de comunicación social pueden ser deficientes entre las personas con retraso en el desarrollo global o trastorno del desarrollo intelectual, pero un

no se da un diagnóstico por separado a menos que los déficits de comunicación social excedan claramente las limitaciones intelectuales.

Trastorno de la comunicación no especificado

F80.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de la comunicación o para cualquiera de los trastornos del neurodesarrollo. Clase diagnóstica de trastornos. La categoría de trastorno de la comunicación no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para el trastorno de la comunicación o para un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. .

Desorden del espectro autista

Desorden del espectro autista

Criterios de diagnóstico

F84.0

A. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, como se manifiesta en todo lo siguiente, actualmente o en la historia (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos; consulte el texto):

1. Déficits en la reciprocidad socioemocional, que van, por ejemplo, desde un enfoque social anormal y el fracaso de una conversación normal de ida y vuelta; a un intercambio reducido de intereses, emociones o afecto; a la falta de iniciar o responder a las interacciones sociales.
 2. Déficits en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social, que van, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal mal integrada; a anormalidades en el contacto visual y lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresiones faciales y comunicación no verbal.
 3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para adaptarse a diversos contextos sociales; a las dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos; a la falta de interés en los compañeros.
- B. Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, manifestados por al menos dos de los siguientes, actualmente o en el historial (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos; ver texto): 1. Movimientos motores estereotipados o repetitivos, uso de objetos o el habla (p. ej., estereotipias motoras simples, alinear juguetes o voltear objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la uniformidad, adhesión inflexible a las rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., angustia extrema ante los pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar la misma ruta o comer la misma comida todos los días).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en intensidad o enfoque (p. ej., fuerte apego o

preocupación por objetos insólitos, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper o hiporreactividad a la información sensorial o interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, oler o tocar objetos en exceso, fascinación visual con las luces o el movimiento) .
- C. Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (pero es posible que no se manifiesten por completo hasta que las demandas sociales excedan las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en etapas posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento actual.
- E. Estos trastornos no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o un retraso global del desarrollo. El trastorno del desarrollo intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coexisten; Para hacer diagnósticos comórbidos de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado para el nivel de desarrollo general.

Nota: Las personas con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, trastorno de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado deben recibir el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Las personas que tienen déficits marcados en la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especifique la gravedad actual en función de las deficiencias de la comunicación social y los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (consulte la Tabla 2): **Requiere apoyo muy importante**

Requiere apoyo importante

Requerir apoyo

Especificar si:

Con o sin deterioro intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Especifique

si: **Asociado con una condición genética u otra condición médica conocida o un factor ambiental (Nota de codificación:** Use un código adicional para identificar la condición genética u otra condición médica asociada).

Asociado con un problema del neurodesarrollo, mental o conductual

Especificar si: **Con catatonía** (consulte los criterios para la catatonía asociada con otro trastorno mental, p. 135, para obtener una definición) (**Nota de codificación:** Use el código adicional F06.1 catatonía asociada con el espectro autista trastorno para indicar la presencia de la catatonia comórbida.)

**TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista
(ejemplos de nivel de necesidades de apoyo)**

Nivel de severidad	Comunicación social	Restringido, repetitivo comportamientos
Nivel 3 "Requiere un apoyo muy sustancial"	Los déficits severos en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan impedimentos severos en el funcionamiento, iniciación muy limitada de interacciones sociales y respuesta mínima a las propuestas sociales de los demás. Por ejemplo, una persona con pocas palabras de habla inteligible que rara vez inicia una interacción y, cuando lo hace, hace acercamientos inusuales para satisfacer solo necesidades y responde solo a acercamientos sociales muy directos.	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad extrema para hacer frente al cambio u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todas las esferas. Gran angustia/dificultad para cambiar el enfoque o la acción.

Nivel de severidad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos.
Nivel 2 "Requiere apoyo sustancial"	Déficits marcados en las habilidades verbales y habilidades de comunicación social no verbal; deficiencias sociales evidentes incluso con apoyos en el lugar; iniciación limitada de interacciones sociales; y respuestas reducidas o anormales a las propuestas sociales de los demás. Por ejemplo, una persona que dice oraciones simples, cuya interacción se limita a intereses especiales limitados y que tiene una comunicación no verbal marcadamente extraña.	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente al cambio u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con la suficiente frecuencia como para ser obvios para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Angustia y/o dificultad para cambiar el enfoque o la acción.
Nivel 1 "Necesitando apoyo"	Sin apoyos en su lugar, los déficits en la comunicación social causan deficiencias notables. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las propuestas sociales de los demás. Puede parecer que ha disminuido el interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar en oraciones completas y se involucra en la comunicación, pero cuya conversación de ida y vuelta con los demás falla, y cuyos intentos de hacer amigos son extraños y generalmente infructuosos.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para cambiar entre actividades. Los problemas de organización y planificación dificultan la independencia.

Procedimientos de registro

Puede ser útil anotar el nivel de apoyo necesario para cada uno de los dos dominios psicopatológicos centrales en [la Tabla 2](#) (p. ej., "que requiere un apoyo muy sustancial para las deficiencias en la comunicación social y que requiere un apoyo sustancial para los comportamientos restringidos y repetitivos"). Especificación de "con deterioro intelectual acompañante" o "sin acompañante

deficiencia intelectual" debe registrarse a continuación. La especificación de discapacidad del lenguaje debe registrarse a partir de entonces. Si existe un deterioro del lenguaje acompañante, el nivel actual de funcionamiento verbal debe ser

grabado (p. ej., "con deterioro del lenguaje acompañante—habla no inteligible" o "con deterioro del lenguaje acompañante—frase verbal").

Para el trastorno del espectro autista para el cual son apropiados los especificadores "asociado con una afección genética u otra afección médica conocida o un factor ambiental" o "asociado con un problema del neurodesarrollo, mental o conductual", registre el trastorno del espectro autista asociado con (nombre de la afección, trastorno , o factor) (p. ej., trastorno del espectro autista asociado con el complejo de esclerosis tuberosa). Estos especificadores se aplican a las presentaciones en las que la afección o el problema enumerados son potencialmente relevantes para la atención clínica del individuo y no indican necesariamente que la afección o el problema estén causalmente relacionados con el trastorno del espectro autista. Si el problema del neurodesarrollo, mental o conductual asociado cumple los criterios para un trastorno del neurodesarrollo u otro trastorno mental, se deben diagnosticar tanto el trastorno del espectro autista como el otro trastorno.

Si la catatonía está presente, registre por separado "catatonía asociada con el trastorno del espectro autista". Para obtener más información, consulte los criterios para la catatonía asociada con otro trastorno mental en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos".

Especificadores

Los especificadores de gravedad (consulte [la Tabla 2](#)) se pueden utilizar para describir sucintamente la sintomatología actual (que podría caer por debajo del nivel 1), con el reconocimiento de que la gravedad puede variar según el contexto y fluctuar con el tiempo. La gravedad de las dificultades de comunicación social y las conductas restringidas y repetitivas deben clasificarse por separado. Las categorías de gravedad descriptivas no deben usarse para determinar la elegibilidad y la prestación de servicios. De hecho, las personas con habilidades relativamente mejores en general pueden experimentar desafíos psicosociales diferentes o incluso mayores. Por lo tanto, las necesidades de servicio solo pueden desarrollarse a nivel individual y mediante la discusión de prioridades y objetivos personales.

Con respecto al especificador "con o sin deterioro intelectual acompañante", es necesario comprender el perfil intelectual (a menudo desigual) de un niño o adulto con trastorno del espectro autista para interpretar las características del diagnóstico. Las estimaciones separadas de la habilidad verbal y no verbal son

necesario (p. ej., usar pruebas no verbales sin tiempo para evaluar las fortalezas potenciales en personas con lenguaje limitado).

Para usar el especificador “con o sin deterioro del lenguaje acompañante”, se debe evaluar y describir el nivel actual de funcionamiento verbal. Ejemplos de las descripciones específicas para “con deterioro del lenguaje acompañante” pueden incluir habla no inteligible (no verbal), solo palabras sueltas o frases de habla. El nivel de lenguaje en individuos “sin deterioro del lenguaje acompañante” podría describirse además como habla en oraciones completas o tiene un habla fluida. Dado que el lenguaje receptivo puede retrasarse con respecto al desarrollo del lenguaje expresivo en el trastorno del espectro autista, las habilidades del lenguaje receptivo y expresivo deben considerarse por separado.

El especificador "asociado con una condición médica genética u otra conocida o un factor ambiental" se puede aplicar cuando un individuo tiene una condición genética conocida (p. ej., síndrome de Rett, síndrome X frágil, síndrome de Down), una condición médica conocida (p. ej., epilepsia), o antecedentes de exposición ambiental en el útero a un teratógeno conocido o infección (p. ej., síndrome de valproato fetal, síndrome de alcoholismo fetal, rubéola fetal). Este especificador no debe verse como sinónimo de causalidad del trastorno del espectro autista. Una condición puede incluirse como asociada con el trastorno del espectro autista cuando se cree que es potencialmente clínicamente relevante o informar la atención y no porque el médico esté afirmando una causa.

Los ejemplos incluyen el trastorno del espectro autista asociado con una variante única del número de copias genómicas que podría ser clínicamente relevante incluso si la anomalía específica puede no haber causado directamente ni haberse relacionado previamente con el trastorno del espectro autista o la enfermedad de Crohn, que podría exacerbar los síntomas conductuales.

El especificador “asociado con un problema de neurodesarrollo, mental o conductual” se puede aplicar para indicar problemas (p. ej., irritabilidad, problemas para dormir, conducta autolesiva o regresión del desarrollo) que contribuyen a la formulación funcional o son un foco de tratamiento.

Los trastornos del neurodesarrollo, mentales o conductuales adicionales también deben anotarse como diagnósticos separados (p. ej., trastorno por déficit de atención/ hiperactividad; trastorno del desarrollo de la coordinación; conducta disruptiva,

y trastornos de conducta; trastornos de ansiedad, depresivos o bipolares; tics o trastorno de Tourette; alimentación, eliminación o trastornos del sueño).

La catatonia puede ocurrir como una condición comórbida con el trastorno del espectro autista. Además de los síntomas clásicos de posturas, negativismo (oposición o falta de respuesta a instrucciones o estímulos externos), mutismo y estupor, un aumento o empeoramiento de la estereotipia y el comportamiento auto agresivo pueden formar parte del complejo de síntomas de catatonia en el contexto de desorden del espectro autista.

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno del espectro autista son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social (Criterio A) y patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos (Criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o deterioran el funcionamiento cotidiano (Criterios C y D). La etapa en la que el deterioro funcional se vuelve evidente variará según las características del individuo y su entorno. Las características diagnósticas centrales son evidentes en el período de desarrollo, pero la intervención, la compensación y los apoyos actuales pueden enmascarar las dificultades en al menos algunos contextos. Las manifestaciones del trastorno también varían mucho según la gravedad de la condición autista, el nivel de desarrollo, la edad cronológica y posiblemente el sexo; de ahí el término **espectro**. Las personas sin deterioro cognitivo o del lenguaje pueden tener una manifestación más sutil de los déficits (p. ej., Criterio A, Criterio B) que las personas con trastornos intelectuales o del lenguaje acompañantes y pueden estar haciendo grandes esfuerzos para enmascarar estos déficits.

Las deficiencias del criterio A en la comunicación social serán más sutiles si un individuo tiene mejores habilidades generales de comunicación (p. ej., habla con fluidez, no tiene impedimentos intelectuales). De manera similar, las deficiencias del Criterio B (es decir, patrones restringidos de comportamiento e intereses) pueden ser menos evidentes si los intereses están más cerca de las normas típicas de la edad (p. ej., el Antiguo Egipto o los trenes en comparación con mover una cuerda). El trastorno del espectro autista abarca los trastornos anteriormente denominados autismo infantil temprano, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo infantil y trastorno de Asperger.

Las deficiencias en la comunicación social y la interacción social especificadas en el Criterio A son generalizadas y sostenidas. Los diagnósticos son más válidos y confiables cuando se basan en múltiples fuentes de información, incluidas las observaciones del médico, el historial del cuidador y, cuando es posible, el autoinforme. Los déficits verbales y no verbales en la comunicación social tienen diversas manifestaciones, según la edad, el nivel intelectual y la capacidad lingüística del individuo, así como otros factores, como el historial de tratamiento y el apoyo actual. Muchas personas tienen deficiencias en el lenguaje, que van desde la falta total de habla hasta retrasos en el lenguaje, comprensión deficiente del habla, habla con eco o lenguaje forzado y demasiado literal. Incluso cuando las habilidades del lenguaje formal (p. ej., vocabulario, gramática) están intactas, el uso del lenguaje para la comunicación social recíproca se ve afectado en el trastorno del espectro autista.

Pueden mostrarse deficiencias en la reciprocidad socioemocional (es decir, la capacidad de comprometerse con otros y compartir pensamientos y sentimientos), por ejemplo, en niños pequeños con poca o ninguna iniciación a la interacción social y sin compartir emociones, junto con una reducción o ausencia de imitación del comportamiento de los demás. El lenguaje que existe a menudo es unilateral, carece de reciprocidad social y se usa para solicitar o etiquetar en lugar de comentar, compartir sentimientos o conversar. En niños mayores y adultos sin impedimentos intelectuales o retrasos en el lenguaje, los déficits en

la reciprocidad socioemocional puede ser más evidente en las dificultades para procesar y responder a señales sociales complejas (p. ej., cuándo y cómo unirse a una conversación, qué no decir). Las personas que han desarrollado estrategias de compensación para algunos desafíos sociales aún luchan en situaciones novedosas o sin apoyo y sufren el esfuerzo y la ansiedad de calcular conscientemente lo que es socialmente intuitivo para la mayoría de las personas. Este comportamiento puede contribuir a una menor determinación del trastorno del espectro autista en estos individuos, quizás especialmente en mujeres adultas. Por lo tanto, es posible que se necesiten evaluaciones más largas, observación en entornos naturalistas e indagaciones sobre los efectos de la interacción social. Si se les pregunta sobre los costos de la interacción social, por ejemplo, estas personas podrían responder que las interacciones sociales les resultan agotadoras, que no pueden concentrarse debido a la

esfuerzo mental en el seguimiento de las convenciones sociales, que su autoestima se ve afectada negativamente por no poder ser ellos mismos, etc.

Los déficits en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social se manifiestan por el uso ausente, reducido o atípico del contacto visual (en relación con las normas culturales), gestos, expresiones faciales, orientación corporal o entonación del habla. Una característica temprana del trastorno del espectro autista es el deterioro de la atención conjunta, que se manifiesta por la falta de señalar, mostrar o traer objetos para compartir el interés con los demás, o por no seguir el señalamiento o la mirada de alguien. Las personas pueden aprender algunos gestos funcionales, pero su repertorio es más pequeño que el de los demás y, a menudo, no utilizan gestos expresivos de forma espontánea en la comunicación. Entre los jóvenes y adultos con un lenguaje fluido, la dificultad para coordinar la comunicación no verbal con el habla puede dar la impresión de un "lenguaje corporal" extraño, rígido o exagerado durante las interacciones. El deterioro puede ser relativamente sutil dentro de los modos individuales (p. ej., alguien puede tener un contacto visual relativamente bueno al hablar), pero se nota en la integración deficiente del contacto visual, los gestos, la postura corporal, la prosodia y la expresión facial para la comunicación social, o en la dificultad para mantenerlos durante la comunicación social. períodos prolongados o cuando está bajo estrés.

Las deficiencias en el desarrollo, el mantenimiento y la comprensión de las relaciones deben juzgarse en función de las normas de edad, género y cultura. Puede haber un interés social ausente, reducido o atípico, manifestado por rechazo a los demás, pasividad o enfoques inapropiados que parecen agresivos o disruptivos. Estas dificultades son particularmente evidentes en los niños pequeños, en quienes a menudo hay una falta de juego social e imaginación compartidos (p. ej., juegos de simulación flexibles apropiados para su edad) y, más tarde, insisten en jugar con reglas muy fijas. Las personas mayores pueden tener dificultades para comprender qué comportamiento se considera apropiado en una situación pero no en otra (p. ej., comportamiento casual durante una entrevista de trabajo), o las diferentes formas en que se puede usar el lenguaje para comunicarse (p. ej., ironía, mentiras piadosas). Puede haber una aparente preferencia por actividades solitarias o por interactuar con personas mucho más jóvenes o mayores. Con frecuencia, existe el deseo de establecer amistades sin una idea completa o realista de lo que implica la amistad (p. ej., amistades unilaterales o amistades basadas únicamente en intereses especiales compartidos).

También es importante considerar las relaciones con los hermanos, compañeros de trabajo y cuidadores (en términos de reciprocidad).

El trastorno del espectro autista también se define por patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos (como se especifica en el Criterio B), que muestran una variedad de manifestaciones según la edad y la capacidad, la intervención y los apoyos actuales. Los comportamientos estereotipados o repetitivos incluyen estereotipias motoras simples (p. ej., aleteo de manos, chasquido de dedos), uso repetitivo de objetos (p. ej., monedas giratorias, juguetes alineados) y habla repetitiva (p. ej., ecolalia, repetición tardía o inmediata de palabras escuchadas; uso de "usted" cuando se refiere a sí mismo; uso estereotipado de palabras, frases o patrones prosódicos). El cumplimiento excesivo de las rutinas y los patrones restringidos de comportamiento pueden manifestarse en la resistencia al cambio (p. ej., angustia ante cambios aparentemente pequeños, como tomar una ruta alternativa a la escuela o al trabajo; insistencia en el cumplimiento de las reglas; rigidez de pensamiento) o patrones ritualizados de conducta. comportamiento verbal o no verbal (p. ej., preguntas repetitivas, pasearse por un perímetro). Intereses muy restringidos y fijos en el trastorno del espectro autista tienden a ser anormales en intensidad o enfoque (p. ej., un niño pequeño fuertemente apagado a una sartén o a un trozo de cuerda;

limpiadores; un adulto que pasa horas escribiendo horarios). Algunas fascinaciones y rutinas pueden relacionarse con aparente hiper o hiporreactividad a la información sensorial, manifestada a través de respuestas extremas a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación con las luces o los objetos que giran y, a veces, aparente indiferencia al dolor, el calor o frío.

Las reacciones extremas o los rituales relacionados con el sabor, el olor, la textura o la apariencia de los alimentos o las restricciones alimentarias excesivas son comunes y pueden ser una característica de presentación del trastorno del espectro autista.

Muchas personas con trastorno del espectro autista sin impedimentos intelectuales o del lenguaje aprenden a reprimir el comportamiento repetitivo en público. En estos individuos, los comportamientos repetitivos como mecerse o sacudir los dedos pueden tener una función ansiolítica o calmante.

Los intereses especiales pueden ser una fuente de placer y motivación y proporcionar vías para la educación y el empleo más adelante en la vida. Los criterios de diagnóstico pueden cumplirse cuando los patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos estuvieron claramente presentes durante la infancia o en algún momento del pasado, incluso si los síntomas ya no están presentes.

El criterio D requiere que las características causen un deterioro clínicamente significativo en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento actual. El criterio E especifica que los déficits de comunicación social, aunque a veces van acompañados de un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), no están en consonancia con el nivel de desarrollo del individuo; las deficiencias superan las dificultades esperadas sobre la base del nivel de desarrollo.

Los instrumentos estandarizados de diagnóstico conductual con buenas propiedades psicométricas, incluidas las entrevistas con los cuidadores, los cuestionarios y las medidas de observación del médico, están disponibles y pueden mejorar la confiabilidad del diagnóstico a lo largo del tiempo y entre los médicos. Sin embargo, los síntomas del trastorno del espectro autista se presentan como dimensiones sin puntajes de corte universalmente aceptados para lo que constituiría un trastorno. Por lo tanto, el diagnóstico sigue siendo clínico, teniendo en cuenta toda la información disponible, y no está dictado únicamente por la puntuación en un cuestionario o medida de observación en particular.

Funciones asociadas

Muchas personas con trastorno del espectro autista también tienen deficiencias intelectuales y/o del lenguaje (p. ej., lentitud para hablar, comprensión del lenguaje por debajo de la producción). Incluso aquellos con inteligencia media o alta suelen tener un perfil desigual de habilidades. La brecha entre las habilidades funcionales intelectuales y adaptativas suele ser grande. Es común que las personas con autismo tengan deficiencias en la teoría de la mente (es decir, que tengan dificultad para ver el mundo desde la perspectiva de otra persona), pero no necesariamente están presentes en todos los casos. Los déficits de la función ejecutiva también son comunes pero no específicos, al igual que las dificultades con la coherencia central (es decir, ser capaz de comprender el contexto o "ver el panorama general" y, por lo tanto, tienden a concentrarse demasiado en los detalles).

A menudo se presentan deficiencias motoras, que incluyen marcha extraña, torpeza y otros signos motores anormales (p. ej., caminar de puntillas). Pueden ocurrir autolesiones (p. ej., golpearse la cabeza, morderse la muñeca), y las conductas perturbadoras/desafiantes son más comunes en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista que otros trastornos, incluido el trastorno del desarrollo intelectual.

Algunas personas desarrollan un comportamiento motor de tipo catatónico (desaceleración y "congelación" a mitad de la acción), pero estos generalmente no son de la magnitud de un

episodio catatónico. Sin embargo, es posible que las personas con trastorno del espectro autista experimenten un marcado deterioro de los síntomas motores y muestren un episodio catatónico completo con síntomas como mutismo, posturas, muecas y flexibilidad cerosa. El período de riesgo de catatonia comórbida parece ser mayor en los años de la adolescencia.

Predominio

Se ha informado que las frecuencias del trastorno del espectro autista en los Estados Unidos oscilan entre el 1 % y el 2 % de la población, con estimaciones similares en niños y adultos

63

muestras Sin embargo, la prevalencia parece ser menor entre los niños estadounidenses afroamericanos (1,1 %) y latinos (0,8 %) en comparación con los niños blancos (1,3 %), incluso después de tener en cuenta el efecto de los recursos socioeconómicos. La prevalencia informada del trastorno del espectro autista puede verse afectada por un diagnóstico erróneo, un diagnóstico tardío o un diagnóstico insuficiente de personas de algunos orígenes étnico-raciales. La prevalencia en países fuera de los EE. UU. se ha acercado al 1 % de la población (prevalencia global media del 0,62 %), sin variaciones sustanciales según la región geográfica o el origen étnico y entre muestras de niños y adultos. A nivel mundial, la proporción hombre:mujer en muestras epidemiológicas bien determinadas parece ser de 3:1, con preocupaciones sobre el reconocimiento insuficiente del trastorno del espectro autista en mujeres y niñas.

Desarrollo y curso

La edad y el patrón de inicio también deben tenerse en cuenta para el trastorno del espectro autista. Las características conductuales del trastorno del espectro autista se hacen evidentes por primera vez en la primera infancia, y algunos casos presentan una falta de interés en la interacción social en el primer año de vida. Los síntomas generalmente se reconocen durante el segundo año de vida (12 a 24 meses de edad), pero pueden verse antes de los 12 meses si los retrasos en el desarrollo son graves, o notarse después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles. La descripción del patrón de inicio puede incluir información sobre retrasos tempranos en el desarrollo o cualquier pérdida de habilidades sociales o lingüísticas. En los casos en que se han perdido habilidades, los pa-

los cuidadores pueden dar antecedentes de un deterioro gradual o relativamente rápido de las conductas sociales o las habilidades lingüísticas. Por lo general, esto ocurriría entre los 12 y los 24 meses de edad.

Los estudios prospectivos demuestran que, en la mayoría de los casos, la aparición del trastorno del espectro autista se asocia con una disminución de los comportamientos sociales y de comunicación críticos en los primeros 2 años de vida. Estas disminuciones en el funcionamiento son raras en otros trastornos del neurodesarrollo y pueden ser un indicador especialmente útil de la presencia de un trastorno del espectro autista. En casos raros, se produce una regresión del desarrollo después de al menos 2 años de desarrollo normal (anteriormente descrito como trastorno desintegrativo infantil), que es mucho más inusual y justifica una investigación médica más extensa (es decir, picos y ondas continuos durante el síndrome del sueño de ondas lentas). y síndrome de Landau-Kleffner). A menudo se incluyen en estas condiciones encefalopáticas la pérdida de habilidades más allá de la comunicación social (p. ej., pérdida del autocuidado, ir al baño, habilidades motoras) (ver también síndrome de Rett en la sección “Diagnóstico diferencial” para este trastorno).

Los primeros síntomas del trastorno del espectro autista implican con frecuencia un retraso en el desarrollo del lenguaje, a menudo acompañado de falta de interés social o interacciones sociales inusuales (p. ej., tirar de la mano de las personas sin intentar mirarlas), patrones de juego extraños (p. ej., llevar juguetes pero nunca jugar con ellos) y patrones de comunicación inusuales (p. ej., conocer el alfabeto pero no responder a su propio nombre). Se puede sospechar sordera, pero por lo general se descarta. Durante el segundo año, los comportamientos extraños y repetitivos y la ausencia del juego típico se vuelven más evidentes.

Dado que muchos niños pequeños con un desarrollo típico tienen fuertes preferencias y disfrutan de la repetición (p. ej., comer los mismos alimentos, ver el mismo video varias veces), distinguir los comportamientos restringidos y repetitivos que son diagnósticos del trastorno del espectro autista puede ser difícil en los niños en edad preescolar. La distinción clínica se basa en el tipo, la frecuencia y la intensidad de la conducta (p. ej., un niño que diariamente alinea objetos durante horas y se angustia mucho si se mueve alguno).

El trastorno del espectro autista no es un trastorno degenerativo y es típico que el aprendizaje y la compensación continúen durante toda la vida. Los síntomas a menudo son más marcados en la primera infancia y los primeros años escolares, con avances en el desarrollo típicos en la niñez tardía en al menos algunas áreas (p. ej., mayor interés en la interacción social). Una pequeña proporción de individuos

se deterioran conductualmente durante la adolescencia, mientras que la mayoría de los demás mejoran. Si bien alguna vez fue el caso de que solo una minoría de personas con trastorno del espectro autista vivían y trabajaban de forma independiente en la edad adulta, como diagnóstico del espectro autista

64

el desorden se produce con mayor frecuencia en aquellos que tienen un lenguaje superior y habilidades intelectuales, más individuos pueden encontrar un nicho que coincide con sus intereses y habilidades especiales y, por lo tanto, se emplean productivamente. El acceso a los servicios de rehabilitación vocacional mejora significativamente los resultados laborales competitivos para los jóvenes en edad de transición con trastorno del espectro autista.

En general, las personas con niveles más bajos de discapacidad pueden funcionar mejor de manera independiente. Sin embargo, incluso estos individuos pueden seguir siendo socialmente ingenuos y vulnerables, tienen dificultades para organizar demandas prácticas sin ayuda y son propensos a la ansiedad y la depresión. Muchos adultos informan que usan estrategias de compensación y mecanismos de afrontamiento para enmascarar sus dificultades en público, pero sufren el estrés y el esfuerzo de mantener una fachada socialmente aceptable. Se sabe relativamente poco sobre la vejez en el trastorno del espectro autista, pero en la literatura se han documentado tasas más altas de condiciones médicas concurrentes.

Algunas personas acuden para recibir el primer diagnóstico en la edad adulta, tal vez motivados por el diagnóstico de autismo en un niño de la familia o por una ruptura de las relaciones en el trabajo o en el hogar. Obtener una historia detallada del desarrollo en tales casos puede ser difícil y es importante considerar las dificultades autoinformadas. Cuando la observación clínica sugiere que actualmente se cumplen los criterios, se puede diagnosticar un trastorno del espectro autista, particularmente si está respaldado por antecedentes de habilidades sociales y de comunicación deficientes en la infancia. Un informe convincente (por parte de los padres u otro pariente) de que el individuo tuvo amistades recíprocas ordinarias y sostenidas y buenas habilidades de comunicación no verbal durante la infancia reduciría significativamente la probabilidad de un diagnóstico de trastorno del espectro autista; sin embargo, la información de desarrollo ambigua o ausente en sí misma no es suficiente para descartar un diagnóstico de trastorno del espectro autista.

Las manifestaciones de las deficiencias sociales y de comunicación y las conductas restringidas/repetitivas que definen el trastorno del espectro autista son claras en el período de desarrollo. En etapas posteriores de la vida, la intervención o la compensación, así como los apoyos actuales, pueden enmascarar estas dificultades al menos en algunos contextos. En general, los síntomas siguen siendo suficientes para causar un deterioro actual en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes.

Factores de **riesgo y pronóstico Los factores**

pronósticos mejor establecidos para el resultado individual dentro del trastorno del espectro autista son la presencia o ausencia de un trastorno del desarrollo intelectual asociado y deterioro del lenguaje (p. ej., el lenguaje funcional a los 5 años es un buen signo de pronóstico) y problemas de salud mental adicionales. La epilepsia, como diagnóstico comórbido, se asocia a mayor discapacidad intelectual y menor capacidad verbal.

Ambiental. Una variedad de factores de riesgo para los trastornos del neurodesarrollo, como la edad avanzada de los padres, la prematuridad extrema o la exposición en el útero a ciertos medicamentos o teratógenos como el ácido valproico, pueden contribuir ampliamente al riesgo de trastorno del espectro autista.

Genético y fisiológico. Las estimaciones de heredabilidad para el trastorno del espectro autista han oscilado entre el 37 % y más del 90 %, según las tasas de concordancia de gemelos, y una cohorte más reciente de cinco países estimó la heredabilidad en un 80 %. Actualmente, hasta el 15 % de los casos de trastorno del espectro autista parecen estar asociados con una mutación genética conocida, con diferentes variantes del número de copias de novo o mutaciones de novo en genes específicos asociados con el trastorno en diferentes familias. Sin embargo, incluso cuando una mutación genética conocida está asociada con el trastorno del espectro autista, no parece ser completamente penetrante (es decir, no todas las personas con la misma anomalía genética desarrollarán un trastorno del espectro autista).

El riesgo para la mayoría de los casos parece ser poligénico, con quizás cientos de loci genéticos haciendo contribuciones relativamente pequeñas. No está claro si estos hallazgos se aplican a todas las poblaciones raciales/étnicas por igual, dada la inclusión limitada de comunidades de color en la investigación genética.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la

cultura Existen diferencias culturales en las normas para la interacción social, la comunicación no verbal y las relaciones, pero las personas con trastorno del espectro autista están marcadamente deterioradas frente a las normas de su contexto cultural. La cultura influye en la percepción de los comportamientos autistas, la prominencia percibida de algunos comportamientos sobre otros y las expectativas del comportamiento infantil y las prácticas de crianza. Se encuentran discrepancias considerables en la edad de diagnóstico del trastorno del espectro autista en niños de diversos orígenes étnico-raciales; la mayoría de los estudios encuentran un diagnóstico tardío entre los niños étnicos y racializados socialmente oprimidos. Además de ser diagnosticados más tarde, a los niños afroamericanos se les diagnostica con mayor frecuencia un trastorno de adaptación o de conducta que a los niños blancos.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno del espectro autista se diagnostica de tres a cuatro veces más a menudo en hombres que en mujeres y, en promedio, la edad de diagnóstico es más tardía en las mujeres. En las muestras clínicas, es más probable que las mujeres muestren un trastorno del desarrollo intelectual concomitante, así como epilepsia, lo que sugiere que las niñas sin deficiencias intelectuales o retrasos en el lenguaje pueden pasar desapercibidas, tal vez debido a una manifestación más sutil de las dificultades sociales y de comunicación. En comparación con los hombres con trastorno del espectro autista, las mujeres pueden tener una mejor conversación recíproca y es más probable que compartan intereses, integren el comportamiento verbal y no verbal y modifiquen su comportamiento según la situación, a pesar de tener dificultades de comprensión social similares a las de los hombres. Intentar ocultar o enmascarar el comportamiento autista (p. ej., copiando la vestimenta, la voz y los modales de las mujeres socialmente exitosas) también puede dificultar el diagnóstico en algunas mujeres. Los comportamientos repetitivos pueden ser un poco menos evidentes en las mujeres que en los hombres, en promedio, y los intereses especiales pueden tener un enfoque más social (p. ej., un cantante, un actor) o “normativo” (p. ej., los caballos), sin dejar de ser inusuales en su intensidad. . En relación con la población general, se ha informado que las tasas de variación de género aumentan en el trastorno del espectro autista, con una mayor variación en las mujeres en comparación con los hombres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Las personas con trastorno del espectro autista tienen un mayor riesgo de muerte por suicidio en comparación con las personas sin trastorno del espectro autista. Los niños con trastorno del espectro autista que tenían problemas de comunicación social tenían un mayor riesgo de autolesionarse con intención suicida, pensamientos suicidas y planes de suicidio a los 16 años en comparación con aquellos sin problemas de comunicación social. Los adolescentes y adultos jóvenes con trastorno del espectro autista tienen un mayor riesgo de intentos de suicidio en comparación con sujetos de control de la misma edad y sexo, incluso después de ajustes por factores demográficos y comorbilidades psiquiátricas.

Consecuencias funcionales del trastorno del espectro autista

En los niños pequeños con trastorno del espectro autista, la falta de habilidades sociales y de comunicación puede dificultar el aprendizaje, especialmente el aprendizaje a través de la interacción social o en entornos con compañeros. En el hogar, la insistencia en las rutinas y la aversión al cambio, así como las sensibilidades sensoriales, pueden interferir con la alimentación y el sueño y hacer que el cuidado de rutina (p. ej., cortes de cabello, trabajo dental) sea extremadamente difícil. Las habilidades de adaptación suelen estar por debajo del coeficiente intelectual medido. Las dificultades extremas para planificar, organizar y hacer frente a los cambios tienen un impacto negativo en el rendimiento académico, incluso para los estudiantes con una inteligencia superior a la media. Durante la edad adulta, estos individuos pueden tener dificultades para establecer la independencia debido a la rigidez continua y la dificultad con la novedad.

Muchas personas con trastorno del espectro autista, incluso sin un trastorno del desarrollo intelectual, tienen un funcionamiento psicosocial adulto deficiente, según lo indican medidas como

como vida independiente y empleo remunerado. Se desconocen las consecuencias funcionales en la vejez, pero es probable que el aislamiento social y los problemas de comunicación (p. ej., menor búsqueda de ayuda) tengan consecuencias para la salud en la edad adulta.

El trastorno del desarrollo intelectual, la epilepsia, los trastornos mentales y las afecciones médicas crónicas concurrentes pueden estar asociados con un mayor riesgo de mortalidad prematura para las personas con trastorno del espectro autista.

Las muertes por lesiones y envenenamiento son más altas que para el general

población, al igual que las muertes por suicidio. El ahogamiento es la principal causa de muerte accidental en niños con trastorno del espectro autista.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Las anomalías de la atención (demasiado concentradas o distraídas con facilidad) son comunes en las personas con trastorno del espectro autista, al igual que la hiperactividad. Además, algunas personas con TDAH pueden presentar deficiencias en la comunicación social, como interrumpir a los demás, hablar demasiado alto y no respetar el espacio personal. Aunque es potencialmente difícil discriminar el TDAH del trastorno del espectro autista, el curso del desarrollo y la ausencia de comportamientos restringidos y repetitivos e intereses inusuales en el TDAH ayudan a diferenciar las dos condiciones. Se debe considerar un diagnóstico concurrente de TDAH cuando las dificultades de atención o la hiperactividad superan las que se observan típicamente en personas de edad mental comparable, y el TDAH es una de las comorbilidades más comunes en el trastorno del espectro autista.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) sin trastorno del espectro autista.

El trastorno del desarrollo intelectual sin trastorno del espectro autista puede ser difícil de diferenciar del trastorno del espectro autista en niños muy pequeños. Los individuos con trastorno del desarrollo intelectual que no han desarrollado habilidades simbólicas o del lenguaje también presentan un desafío para el diagnóstico diferencial, ya que el comportamiento repetitivo a menudo también ocurre en tales individuos. Un diagnóstico de trastorno del espectro autista en un individuo con trastorno del desarrollo intelectual es apropiado cuando la comunicación social y la interacción están significativamente deterioradas en relación con el nivel de desarrollo de las habilidades no verbales del individuo (p. ej., habilidades motoras finas, resolución de problemas no verbales). Por el contrario, el trastorno del desarrollo intelectual es el diagnóstico adecuado cuando no existe una discrepancia aparente entre el nivel de habilidades comunicativas sociales y otras habilidades intelectuales.

Trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmática).

algunos

formas de trastorno del lenguaje, puede haber problemas de comunicación y algunas dificultades sociales secundarias. Sin embargo, el trastorno específico del lenguaje no suele asociarse con una comunicación no verbal anormal, ni con

la presencia de patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

Cuando un individuo muestra un deterioro en la comunicación social y las interacciones sociales, pero no muestra un comportamiento o intereses restringidos y repetitivos, se pueden cumplir los criterios para el trastorno de la comunicación social (pragmática), en lugar del trastorno del espectro autista. El diagnóstico de trastorno del espectro autista reemplaza al de trastorno de la comunicación social (pragmático) siempre que se cumplan los criterios para el trastorno del espectro autista, y se debe tener cuidado de indagar cuidadosamente sobre el comportamiento restringido/repetitivo pasado o actual.

Mutismo selectivo. En el mutismo selectivo, el desarrollo temprano no suele verse afectado. El niño afectado generalmente exhibe habilidades de comunicación apropiadas en ciertos contextos y entornos. Incluso en entornos donde el niño es mudo, la reciprocidad social no se ve afectada, ni se presentan patrones de comportamiento restringidos o repetitivos.

Trastorno de movimientos estereotipados Las estereotipias motoras se encuentran entre las características diagnósticas del trastorno del espectro autista, por lo que no se da un diagnóstico adicional de trastorno de movimientos estereotípicos cuando tales comportamientos repetitivos se explican mejor por la presencia

del trastorno del espectro autista. Sin embargo, cuando las estereotipias causan autolesiones y se convierten en el centro del tratamiento, ambos diagnósticos pueden ser apropiados.

Síndrome de la derecha. La interrupción de la interacción social se puede observar durante la fase regresiva del síndrome de Rett (típicamente entre las edades de 1 y 4 años); por lo tanto, una proporción sustancial de niñas jóvenes afectadas puede tener una presentación que cumpla con los criterios de diagnóstico para el trastorno del espectro autista.

Sin embargo, después de este período, la mayoría de las personas con síndrome de Rett mejoran sus habilidades de comunicación social y las características autistas ya no son un motivo de preocupación importante. En consecuencia, el trastorno del espectro autista debe considerarse solo cuando se cumplen todos los criterios de diagnóstico.

Síntomas asociados a los trastornos de ansiedad. La superposición de los síntomas de ansiedad con los síntomas centrales del trastorno del espectro autista puede dificultar la clasificación de los síntomas de ansiedad en el trastorno del espectro autista.

Por ejemplo, el aislamiento social y los comportamientos repetitivos son características centrales del trastorno del espectro autista, pero también pueden ser expresiones de ansiedad. Los trastornos de ansiedad más comunes en el trastorno del espectro autista son la fobia específica (hasta en un 30 % de los casos) y la ansiedad social y la agorafobia (hasta en un 17 % de los casos).

Desorden obsesivo compulsivo. El comportamiento repetitivo es una característica definitoria tanto del trastorno obsesivo-compulsivo como del trastorno del espectro autista. En ambas condiciones, los comportamientos repetitivos se consideran inapropiados o extraños. En el trastorno obsesivo-compulsivo, los pensamientos intrusivos suelen estar relacionados con la contaminación, la organización o temas sexuales o religiosos. Las compulsiones se realizan en respuesta a estos pensamientos intrusivos en un intento de aliviar la ansiedad. En el trastorno del espectro autista, los comportamientos repetitivos clásicamente incluyen comportamientos motores más estereotipados, como agitar las manos y agitar los dedos, o comportamientos más complejos, como la insistencia en las rutinas o la alineación de objetos. A diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo, las conductas repetitivas en el trastorno del espectro autista pueden percibirse como placenteras y de refuerzo.

Esquizofrenia. La esquizofrenia que comienza en la niñez por lo general se desarrolla después de un período de desarrollo normal o casi normal. Se ha descrito un estado prodrómico en el que se produce un deterioro social e intereses y creencias atípicos, que podría confundirse con los déficits sociales y los intereses fijos restringidos que se observan en el trastorno del espectro autista. Las alucinaciones y los delirios, que son características definitorias de la esquizofrenia, no son características del trastorno del espectro autista. Sin embargo, los médicos deben tener en cuenta el potencial de las personas con trastorno del espectro autista para ser concretos en su interpretación de las preguntas relacionadas con las características clave de la esquizofrenia (p. ej., "¿Escucha voces cuando no hay nadie?" "Sí [en la radio]").

El trastorno del espectro autista y la esquizofrenia pueden coexistir, y ambos deben diagnosticarse cuando se cumplen los criterios.

Desorden de personalidad. En adultos sin trastorno del desarrollo intelectual o deterioro significativo del lenguaje, algunos comportamientos asociados con el trastorno del espectro autista pueden ser percibidos por otros como síntomas de un trastorno de personalidad narcisista, esquizotípico o esquizoide. El trastorno esquizotípico de la personalidad, en particular, puede cruzarse con el trastorno del espectro autista en preocupaciones inusuales y experiencias perceptivas, pensamientos extraños y

habla, afecto restringido y ansiedad social, falta de amigos cercanos y comportamiento extraño o excéntrico. El curso de desarrollo temprano del trastorno del espectro autista (falta de juego imaginativo, comportamiento restringido/repetitivo, sensibilidades sensoriales) es más útil para diferenciarlo de los trastornos de la personalidad.

Comorbilidad El

trastorno del espectro autista se asocia frecuentemente con un trastorno del desarrollo intelectual y un trastorno del lenguaje (es decir, una incapacidad para comprender y construir oraciones con la gramática adecuada). Las dificultades específicas de aprendizaje (alfabetización y aritmética) son comunes, al igual que el trastorno del desarrollo de la coordinación.

68

Las comorbilidades psiquiátricas también coexisten en el trastorno del espectro autista. Alrededor del 70% de las personas con trastorno del espectro autista pueden tener un trastorno mental comórbido y el 40% pueden tener dos o más trastornos mentales comórbidos. Los trastornos de ansiedad, la depresión y el TDAH son particularmente comunes. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos es una característica de presentación bastante frecuente del trastorno del espectro autista, y pueden persistir las preferencias alimentarias extremas y estrechas.

Entre las personas que no hablan o tienen deficiencias del lenguaje, los signos observables, como cambios en el sueño o la alimentación y aumentos en el comportamiento desafiante, deberían desencadenar una evaluación de ansiedad o depresión, así como dolor o malestar potencial por problemas médicos o dentales no diagnosticados. Las condiciones médicas comúnmente asociadas con el trastorno del espectro autista incluyen la epilepsia y el estreñimiento.

Déficit de Atención/Hiperactividad Trastorno

Desorden hiperactivo y deficit de atencion

Criterios de diagnóstico

- A. Un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2): 1. **Falta de atención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido durante al menos 6 meses a un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente directamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales:

Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años), se requieren al menos cinco síntomas. a. A menudo no presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., pasa por alto o pierde detalles, el trabajo es inexacto). b. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego (p. ej., tiene dificultad para permanecer concentrado durante conferencias, conversaciones o lecturas largas). C. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., la mente parece estar en otra parte, incluso en ausencia de una distracción obvia). d. A menudo no sigue las instrucciones y no termina el trabajo escolar, las tareas domésticas o los deberes en el lugar de trabajo (p. ej., comienza las tareas pero pierde rápidamente el enfoque y se distrae con facilidad). mi. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para manejar tareas secuenciales; dificultad para mantener los materiales y pertenencias en orden; desordenado, desorganizado)

trabajar; tiene una mala gestión del tiempo; no cumple con los plazos). F. A menudo evita, le desagrada o es reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., deberes escolares o domésticos; en el caso de adolescentes mayores y adultos, preparar informes, completar formularios, revisar documentos extensos).

gramo. A menudo pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (p. ej., material escolar, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, papeles, anteojos, teléfonos móviles).

69

H. A menudo se distrae fácilmente con estímulos extraños (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. A menudo es olvidadizo en las actividades diarias (p. ej., hacer tareas, hacer mandados; para adolescentes mayores y adultos, devolver llamadas, pagar facturas, asistir a citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido durante al menos 6 meses en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente directamente en las actividades sociales y académicas/laborales: **Nota:** Los síntomas no son únicamente una manifestación de comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años), se requieren al menos cinco síntomas.

una. A menudo juegues o da golpecitos con las manos o los pies o se retuerce en

asiento.

b. A menudo deja el asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado (p. ej., deja su lugar en el

salón de clases, en la oficina u otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieran permanecer en el lugar).

C. A menudo corre o trepa en situaciones en las que no es apropiado.

(Nota: en adolescentes o adultos, puede limitarse a sentirse inquieto). d. A menudo incapaz de jugar o participar en actividades de ocio

en silencio.

mi. A menudo está “en movimiento”, actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., no puede estar quieto o se siente incómodo por un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los demás pueden percibirlo como inquieto o difícil de mantener) arriba). F. A menudo habla en exceso. gram. A menudo suelta una respuesta antes de que se haya completado una pregunta (p. ej., completa las oraciones de las personas; no puede esperar el turno en una conversación).

H. A menudo tiene dificultad para esperar su turno (p. ej., mientras espera en la fila). i. A menudo interrumpe o se entromete con los demás (p. ej., se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede comenzar a usar las cosas de otras personas sin pedir o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede entrometerse o hacerse cargo de lo que hacen los demás).

B. Varios síntomas de falta de atención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de falta de atención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más entornos (p. ej., en el hogar, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existe evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p.

trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

F90.2 Presentación combinada: Si se cumplen tanto el Criterio A1 (inatención) como el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

F90.0 Presentación predominantemente inatenta: si se cumple el Criterio A1 (falta de atención) pero el Criterio A2 (hiperactividad impulsividad) no se cumple durante los últimos 6 meses.

F90.1 Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva: si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y el Criterio A1 (falta de atención) durante los últimos 6 meses.

Especifique

si: **En remisión parcial:** cuando se cumplieron todos los criterios anteriormente, se cumplieron menos de los criterios completos durante los últimos 6 meses y los síntomas aún resultan en un deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

70

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** Pocos síntomas, si es que hay alguno, están presentes además de los necesarios para hacer el diagnóstico, y los síntomas no provocan más que deficiencias menores en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave” están presentes.

Severo: Muchos síntomas en exceso de los requeridos para hacer el diagnóstico, o varios síntomas que son particularmente severos, están presentes, o los síntomas resultan en un deterioro marcado en el funcionamiento social o laboral.

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. La falta de atención se manifiesta **conductualmente** en el TDAH como desviarse de la tarea, no seguir las instrucciones o terminar el trabajo o las tareas, tener dificultad para mantener el enfoque y ser desorganizado y no se puede atribuir al desafío o la falta de comprensión. **La hiperactividad** se refiere a la actividad motora excesiva (como un niño corriendo) cuando no es apropiado, o excesiva inquietud, golpeteo o locuacidad. En los adultos, la hiperactividad puede manifestarse como una inquietud extrema o como el agotamiento de los demás con su actividad. **La impulsividad** se refiere a acciones apresuradas que ocurren en el momento sin premeditación, que pueden tener el potencial de dañar al individuo (p. ej., lanzarse a la calle sin mirar). La impulsividad puede reflejar un deseo de recompensas inmediatas o una incapacidad para retrasar la gratificación. Los comportamientos impulsivos pueden manifestarse como intrusión social (p. ej., interrumpir a los demás en exceso) y/o tomar decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (p. ej., aceptar un trabajo sin la información adecuada).

El TDAH comienza en la infancia. El requisito de que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años transmite la importancia de una presentación clínica sustancial durante la infancia. Al mismo tiempo, no se especifica una edad de inicio más temprana debido a las dificultades para establecer retrospectivamente el inicio preciso en la niñez. El recuerdo de los adultos de los síntomas de la infancia tiende a ser poco fiable y es beneficioso obtener información auxiliar. El TDAH no se puede diagnosticar en ausencia de síntomas antes de los 12 años. Cuando los síntomas de lo que parece ser TDAH aparecen por primera vez después de los 13 años, es más probable que se deban a otro trastorno mental o que representen los efectos cognitivos del consumo de sustancias.

Las manifestaciones del trastorno deben estar presentes en más de un entorno (p. ej., el hogar y la escuela, o el hogar y el trabajo). Por lo general, la confirmación de síntomas sustanciales en todos los entornos no se puede hacer con precisión sin consultar a los informantes que han visto al individuo en esos entornos.

Por lo general, los síntomas varían según el contexto dentro de un entorno determinado. Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por el comportamiento adecuado, está bajo supervisión estrecha, se encuentra en un entorno novedoso, participa en actividades especialmente interesantes.

actividades, tiene estimulación externa constante (p. ej., a través de pantallas electrónicas) o está interactuando en situaciones uno a uno (p. ej., la oficina del médico).

Funciones asociadas

Los retrasos en el desarrollo social, motor o del lenguaje no son específicos del TDAH, pero a menudo ocurren simultáneamente. La desregulación emocional o la impulsividad emocional ocurren comúnmente en niños y adultos con TDAH. Las personas con TDAH se autoinforman y otros las describen como personas que se enojan rápidamente, se frustran fácilmente y reaccionan emocionalmente de manera exagerada.

Incluso en ausencia de un trastorno de aprendizaje específico, el rendimiento académico o laboral a menudo se ve afectado. Las personas con TDAH pueden exhibir déficits neurocognitivos en una variedad de áreas, incluida la memoria de trabajo, el cambio de configuración, la variabilidad del tiempo de reacción, la inhibición de la respuesta, la vigilancia y la planificación/organización, aunque estas pruebas no son lo suficientemente sensibles o específicas para servir como índices de diagnóstico.

71

Aunque el TDAH no está asociado con características físicas específicas, las tasas de anomalías físicas menores (p. ej., hipertelorismo, paladar muy arqueado, orejas de implantación baja) pueden ser elevadas. Pueden ocurrir retrasos motores sutiles y otros signos neurológicos leves. (Tenga en cuenta que la torpeza concurrente marcada y los retrasos motores deben codificarse por separado [p. ej., trastorno del desarrollo de la coordinación]).

Los niños con trastornos del neurodesarrollo de causa conocida (p. ej., síndrome de X frágil, síndrome de delección 22q11) a menudo también pueden presentar síntomas de falta de atención e impulsividad/hiperactividad; deben recibir un diagnóstico de TDAH si sus síntomas cumplen todos los criterios del trastorno.

Predominio

Las encuestas de población sugieren que el TDAH ocurre en todo el mundo en alrededor del 7,2% de los niños; sin embargo, la prevalencia transnacional varía ampliamente, del 0,1 % al 10,2 % de los niños y adolescentes. La prevalencia es mayor en poblaciones especiales, como niños de crianza o entornos correccionales. En un metanálisis internacional cruzado, el TDAH se presentó en el 2,5 % de los adultos.

Desarrollo y curso Muchos padres

observan por primera vez una actividad motora excesiva cuando el niño es pequeño, pero los síntomas son difíciles de distinguir de los comportamientos normativos altamente variables antes de los 4 años. El TDAH se identifica con mayor frecuencia durante los años de la escuela primaria, cuando la falta de atención se vuelve más prominente y perjudicial. El trastorno es relativamente estable durante la adolescencia temprana, pero algunas personas tienen un curso peor con el desarrollo de conductas antisociales. En la mayoría de las personas con TDAH, los síntomas de hiperactividad motora se vuelven menos evidentes en la adolescencia y la edad adulta, pero persisten las dificultades relacionadas con la inquietud, la falta de atención, la falta de planificación y la impulsividad. Una proporción sustancial de niños con TDAH permanecen relativamente deteriorados hasta la edad adulta.

En preescolar, la principal manifestación es la hiperactividad. La falta de atención se vuelve más prominente durante la escuela primaria. Durante la adolescencia, los signos de hiperactividad (p. ej., correr y escalar) son menos comunes y pueden limitarse a la inquietud o una sensación interna de nerviosismo, inquietud o impaciencia. En la edad adulta, junto con la falta de atención y la inquietud, la impulsividad puede seguir siendo problemática incluso cuando la hiperactividad haya disminuido.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El TDAH se asocia con una reducción de la inhibición del comportamiento, control esforzado o restricción; emocionalidad negativa; y/o elevada búsqueda de novedades. Estos rasgos pueden predisponer a algunos niños al TDAH, pero no son específicos del trastorno.

Ambiental. El muy bajo peso al nacer y el grado de prematuridad conllevan un mayor riesgo de TDAH; cuanto más extremo es el bajo peso, mayor es el riesgo. La exposición prenatal al tabaquismo se asocia con el TDAH incluso después de controlar los antecedentes psiquiátricos y el nivel socioeconómico de los padres. Una minoría de casos puede estar relacionada con reacciones a aspectos de la dieta. La exposición a neurotoxinas (p. ej., plomo), infecciones (p. ej., encefalitis) y exposición al alcohol en el útero se han correlacionado con el TDAH subsiguiente, pero no se sabe si estas asociaciones son causales.

Genético y fisiológico. La heredabilidad del TDAH es de aproximadamente el 74%. Los estudios de asociación del genoma completo (GWAS) a gran escala han identificado un

número de loci enriquecidos en regiones genómicas restringidas evolutivamente y genes de pérdida de función, así como alrededor de regiones reguladoras expresadas en el cerebro. No hay un solo gen para el TDAH.

Las deficiencias visuales y auditivas, las anomalías metabólicas y las deficiencias nutricionales deben considerarse como posibles influencias en los síntomas del TDAH. El TDAH está elevado en personas con epilepsia idiopática.

72

Modificadores de curso. Es poco probable que los patrones de interacción familiar en la primera infancia causen TDAH, pero pueden influir en su curso o contribuir al desarrollo secundario de problemas de conducta.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Las diferencias en la prevalencia del TDAH entre regiones parecen atribuirse principalmente a diferentes procedimientos de diagnóstico y prácticas metodológicas, incluido el uso de diferentes entrevistas de diagnóstico y diferencias en si se requería un deterioro funcional y, de ser así, cómo se definió. La prevalencia también se ve afectada por la variación cultural en las actitudes hacia las normas de comportamiento y las expectativas de los niños y jóvenes en diferentes contextos sociales, así como las diferencias culturales en las interpretaciones de los comportamientos de los niños por parte de padres y maestros, incluidas las diferencias por género. Las tasas de identificación clínica en los Estados Unidos para las poblaciones afroamericanas y latinas tienden a ser más bajas que para las poblaciones blancas no latinas. La infradetección puede deberse a que los síntomas del TDAH se etiquetan erróneamente como de oposición o disruptivos en grupos étnicos o racializados socialmente oprimidos debido a un sesgo clínico explícito o implícito, lo que conduce a un sobrediagnóstico de trastornos disruptivos. La mayor prevalencia en jóvenes blancos no latinos también puede verse influenciada por una mayor demanda de los padres de diagnóstico de comportamientos que se consideran relacionados con el TDAH. Las calificaciones de los síntomas de los informantes pueden verse influenciadas por los antecedentes culturales del niño y del informante, lo que sugiere que las prácticas de diagnóstico culturalmente competentes son relevantes para evaluar el TDAH.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El TDAH es más frecuente en hombres que en mujeres en la población general, con una proporción de aproximadamente 2:1 en niños y 1,6:1 en adultos. Las mujeres son más propensas que los hombres a presentar principalmente rasgos de falta de atención.

Las diferencias de sexo en la gravedad de los síntomas del TDAH pueden deberse a diferencias genéticas y cognitivas entre los sexos.

Marcadores de diagnóstico

Ningún marcador biológico es diagnóstico para el TDAH. Aunque el TDAH se ha asociado con una potencia elevada de las ondas lentas (4–7 Hz “theta”), así como una disminución de la potencia de las ondas rápidas (14–30 Hz “beta”), una revisión posterior no encontró diferencias en la potencia theta o beta en niños o adultos con TDAH en relación con los sujetos de control.

Aunque algunos estudios de neuroimagen han mostrado diferencias en los niños con TDAH en comparación con los sujetos de control, el metanálisis de **todos** los estudios de neuroimagen no muestra diferencias entre los individuos con TDAH y los sujetos de control. Esto probablemente se deba a las diferencias en los criterios de diagnóstico, el tamaño de la muestra, la tarea utilizada y los aspectos técnicos de la técnica de neuroimagen. Hasta que se resuelvan estos problemas, no se puede utilizar ninguna forma de neuroimagen para el diagnóstico del TDAH.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

El TDAH es un factor de riesgo para la ideación y el comportamiento suicida en los niños.

De manera similar, en la edad adulta, el TDAH se asocia con un mayor riesgo de intento de suicidio, cuando tiene comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, de conducta o por uso de sustancias, incluso después de controlar la comorbilidad. Los pensamientos suicidas también son más comunes en las poblaciones con TDAH que en los sujetos de control sin TDAH.

El TDAH predijo la persistencia de pensamientos suicidas en soldados del Ejército de EE. UU.

Consecuencias funcionales del trastorno por déficit de

atención con hiperactividad El TDAH se asocia con un

rendimiento escolar y un rendimiento académico reducidos. Los déficits académicos, los problemas relacionados con la escuela y el abandono de los compañeros tienden a estar más asociados con niveles elevados de

Los síntomas de falta de atención, mientras que el rechazo de los compañeros y, en menor medida, las lesiones accidentales son más destacados con síntomas marcados de hiperactividad o impulsividad. La autoaplicación inadecuada o variable en tareas que requieren un esfuerzo sostenido a menudo es interpretada por otros como pereza, irresponsabilidad o falta de cooperación.

Los adultos jóvenes con TDAH tienen poca estabilidad laboral. Los adultos con TDAH muestran un peor desempeño ocupacional, logros, asistencia y una mayor probabilidad de desempleo, así como un elevado conflicto interpersonal. En promedio, las personas con TDAH obtienen menos escolaridad, tienen un rendimiento vocacional más bajo y tienen puntajes intelectuales más bajos que sus pares, aunque existe una gran variabilidad. En su forma grave, el trastorno es marcadamente incapacitante y afecta el ajuste social, familiar y escolar/ocupacional.

Las relaciones familiares pueden caracterizarse por la discordia y las interacciones negativas. Las personas con TDAH tienen una autoestima más baja en relación con sus compañeros sin TDAH. Las relaciones entre compañeros a menudo se ven interrumpidas por el rechazo, la negligencia o las burlas de la persona con TDAH.

Los niños con TDAH son significativamente más propensos que sus pares sin TDAH a desarrollar un trastorno de conducta en la adolescencia y un trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta, lo que en consecuencia aumenta la probabilidad de trastornos por uso de sustancias y encarcelamiento. El riesgo de trastornos posteriores por uso de sustancias es elevado, especialmente cuando se desarrolla un trastorno de conducta o un trastorno de personalidad antisocial.

Las personas con TDAH tienen más probabilidades que sus compañeros de sufrir lesiones. Los niños y adultos con TDAH tienen un mayor riesgo de sufrir un trauma y desarrollar el síndrome de estrés postraumático posterior. Los accidentes de tráfico y las infracciones son más frecuentes en los conductores con TDAH. Las personas con TDAH tienen una tasa de mortalidad general más alta, en gran parte debido a accidentes y lesiones. También puede haber una probabilidad elevada de obesidad e hipertensión entre las personas con TDAH.

Diagnóstico diferencial

Trastorno negativista desafiante

Las personas con trastorno negativista desafiante pueden resistirse a las tareas laborales o escolares que requieren autoaplicación porque se resisten a ajustarse a las demandas de los demás. Su comportamiento se caracteriza por

negatividad, hostilidad y desafío. Estos síntomas deben diferenciarse de la aversión a la escuela o las tareas mentalmente exigentes debido a la dificultad para mantener el esfuerzo mental, el olvido de instrucciones y la impulsividad en las personas con TDAH. Lo que complica el diagnóstico diferencial es el hecho de que algunos individuos con TDAH pueden desarrollar actitudes secundarias de oposición hacia tales tareas y devaluar su importancia.

Trastorno explosivo intermitente. El TDAH y el trastorno explosivo intermitente comparten altos niveles de comportamiento impulsivo. Sin embargo, las personas con trastorno explosivo intermitente muestran una agresión grave hacia los demás, lo que no es característico del TDAH, y no experimentan problemas para mantener la atención como se observa en el TDAH. Además, el trastorno explosivo intermitente es raro en la infancia. El trastorno explosivo intermitente se puede diagnosticar en presencia de TDAH.

Otros trastornos del neurodesarrollo. El aumento de la actividad motora que puede ocurrir en el TDAH debe distinguirse del comportamiento motor repetitivo que caracteriza el trastorno de movimientos estereotípicos y algunos casos de trastorno del espectro autista. En el trastorno de movimientos estereotípicos, el comportamiento motor suele ser fijo y repetitivo (p. ej., balanceo del cuerpo, morderse a sí mismo), mientras que la inquietud y la inquietud en el TDAH suelen ser generalizadas y no se caracterizan por movimientos estereotipados repetitivos. En el trastorno de Tourette, los tics múltiples frecuentes pueden confundirse con la inquietud generalizada del TDAH. Puede ser necesaria una observación prolongada para diferenciar la inquietud de los episodios de tics múltiples.

Trastorno específico del aprendizaje. Los niños que solo tienen un trastorno específico del aprendizaje pueden parecer distraídos debido a la frustración, la falta de interés o la capacidad limitada en las funciones neurocognitivas.

procesos, incluida la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, mientras que su falta de atención se reduce mucho cuando se realiza una habilidad que no requiere el deterioro del proceso cognitivo.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). Los síntomas del TDAH son comunes en niños con trastornos del desarrollo intelectual ubicados en entornos académicos que no son apropiados para su capacidad intelectual. De tal

casos, los síntomas no son evidentes durante las tareas no académicas. Un diagnóstico de TDAH en el trastorno del desarrollo intelectual requiere que la falta de atención o la hiperactividad sean excesivas para la edad mental.

Desorden del espectro autista. Individuos con TDAH y aquellos con autismo.

trastorno del espectro muestran falta de atención, disfunción social y comportamiento difícil de manejar. La disfunción social y el rechazo de los compañeros que se observan en las personas con TDAH deben distinguirse de la desconexión social, el aislamiento y la indiferencia a las señales de comunicación faciales y tonales que se observan en las personas con trastorno del espectro autista.

Los niños con trastorno del espectro autista pueden mostrar rabietas debido a la incapacidad de tolerar un cambio en el curso esperado de los acontecimientos. Por el contrario, los niños con TDAH pueden portarse mal o tener una rabieta durante una transición importante debido a la impulsividad o al escaso autocontrol.

Trastorno reactivo de la vinculación. Los niños con trastorno reactivo del apego pueden mostrar desinhibición social, pero no el conjunto completo de síntomas del TDAH, y mostrar otras características, como la falta de relaciones duraderas, que no son características del TDAH.

Desórdenes de ansiedad. El TDAH comparte síntomas de falta de atención con los trastornos de ansiedad. Las personas con TDAH no prestan atención debido a su compromiso preferencial con actividades novedosas y estimulantes o su preocupación por actividades placenteras. Esto se distingue de la falta de atención atribuible a la preocupación y la rumiación que se observa en los trastornos de ansiedad.

La inquietud puede verse en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, en el TDAH, el síntoma no está asociado con la preocupación y la rumiación.

Trastorno de estrés postraumático. Las dificultades de concentración asociadas con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) pueden diagnosticarse erróneamente en los niños como TDAH. Los niños menores de 6 años a menudo manifiestan el PTSD en síntomas inespecíficos como inquietud, irritabilidad, falta de atención y falta de concentración, que pueden simular el TDAH. Los padres también pueden minimizar los síntomas relacionados con el trauma de sus hijos, y los maestros y otros cuidadores a menudo desconocen la exposición del niño a eventos traumáticos. Una evaluación integral de la exposición pasada a eventos traumáticos puede descartar el PTSD.

Trastornos depresivos. Las personas con trastornos depresivos pueden presentar incapacidad para concentrarse. Sin embargo, la mala concentración en el estado de ánimo

trastornos se vuelve prominente sólo durante un episodio depresivo.

Trastorno bipolar. Las personas con trastorno bipolar pueden tener mayor actividad, poca concentración y mayor impulsividad, pero estas características son episódicas, a diferencia del TDAH, en el que los síntomas son persistentes.

Además, en el trastorno bipolar, el aumento de la impulsividad o la falta de atención se acompaña de un estado de ánimo elevado, grandiosidad y otras características bipolares específicas. Los niños con TDAH pueden mostrar cambios de humor significativos en el mismo día; dicha labilidad es distinta de un episodio maníaco o hipomaníaco, que debe durar 4 días o más para ser un indicador clínico de trastorno bipolar, incluso en niños. El trastorno bipolar es raro en los preadolescentes, incluso cuando la irritabilidad y la ira intensas son prominentes, mientras que el TDAH es común entre los niños y adolescentes que muestran ira e irritabilidad excesivas.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad generalizada e intolerancia a la frustración, pero la impulsividad y la atención desorganizada no son características esenciales. Sin embargo, la mayoría de los niños y adolescentes con el trastorno también presentan síntomas que cumplen los criterios del TDAH, que se diagnostica por separado.

Trastornos por uso de sustancias. Diferenciar el TDAH de los trastornos por uso de sustancias puede ser problemático si la primera presentación de los síntomas del TDAH sigue al inicio del abuso o

uso frecuente. La evidencia clara de TDAH antes del abuso de sustancias por parte de informantes o registros previos puede ser esencial para el diagnóstico diferencial.

Desorden de personalidad. En adolescentes y adultos, puede ser difícil distinguir el TDAH del límite, narcisista y otros trastornos de la personalidad. Algunos trastornos de la personalidad tienden a compartir las características de desorganización, intrusión social, desregulación emocional y desregulación cognitiva. Sin embargo, el TDAH no se caracteriza por el miedo al abandono, las autolesiones, la ambivalencia extrema u otras características del trastorno de la personalidad. Puede ser necesaria una observación clínica prolongada, una entrevista con informantes o una historia clínica detallada para distinguir entre impulsivo, socialmente intrusivo o

comportamiento inapropiado del comportamiento narcisista, agresivo o dominante para hacer este diagnóstico diferencial.

Desórdenes psicóticos. El TDAH no se diagnostica si los síntomas de falta de atención e hiperactividad ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico.

Síntomas de TDAH inducidos por medicamentos. Los síntomas de falta de atención, hiperactividad o impulsividad atribuibles al uso de medicamentos (p. ej., broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [que provocan acatisia], medicamentos de reemplazo de la tiroides) se diagnostican como otros trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidos) especificados o no especificados.

Trastornos neurocognitivos. Si bien el deterioro en la atención compleja puede ser uno de los dominios cognitivos afectados en un trastorno neurocognitivo, debe representar una disminución de un nivel previo de desempeño para justificar un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve. Además, el trastorno neurocognitivo mayor o leve generalmente comienza en la edad adulta. Por el contrario, la falta de atención en el TDAH debe haber estado presente antes de los 12 años y no representa una disminución del funcionamiento anterior.

Comorbilidad

Aunque el TDAH es más común en los hombres, las mujeres con TDAH tienen tasas más altas de una serie de trastornos comórbidos, en particular el trastorno de oposición desafiante, el trastorno del espectro autista y los trastornos de la personalidad y el uso de sustancias. El trastorno de oposición desafiante ocurre junto con el TDAH en aproximadamente la mitad de los niños con la presentación combinada y alrededor de una cuarta parte con la presentación predominantemente inatenta. El trastorno de conducta ocurre en aproximadamente una cuarta parte de los niños o adolescentes con la presentación combinada, según la edad y el entorno. La mayoría de los niños y adolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen síntomas que también cumplen los criterios del TDAH; un porcentaje menor de niños con TDAH tienen síntomas que cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado. Los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno explosivo intermitente ocurren en una minoría de personas con TDAH, pero con mayor frecuencia que en la población general.

Aunque los trastornos por uso de sustancias son relativamente más frecuentes entre adultos con TDAH en la población general, los trastornos están presentes solo en una

minoría de adultos con TDAH. En los adultos, los trastornos antisociales y de personalidad pueden coexistir con el TDAH.

El TDAH puede coexistir en perfiles de síntomas variables con otros trastornos del neurodesarrollo, incluido el trastorno específico del aprendizaje, el trastorno del espectro autista, el trastorno del desarrollo intelectual, los trastornos del lenguaje, el trastorno del desarrollo de la coordinación y los trastornos de tics.

Los trastornos del sueño comórbidos en el TDAH se asocian con alteraciones diurnas de la cognición (p. ej., falta de atención). Muchas personas con TDAH reportan somnolencia diurna que puede cumplir con los criterios para el trastorno de hipersomnolencia. Entre un cuarto y la mitad de las personas con TDAH reportan dificultades para dormir; los estudios han demostrado una asociación del TDAH con el insomnio, el trastorno del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, la respiración alterada durante el sueño y el síndrome de las piernas inquietas.

Se ha encontrado que las personas con TDAH tienen tasas elevadas de una serie de condiciones médicas, particularmente alergias y trastornos autoinmunitarios, así como epilepsia.

Otra Atención Especificada Trastorno por Déficit/Hiperactividad

F90.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos del neurodesarrollo. La categoría de otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de atención.

trastorno por déficit/hiperactividad o cualquier trastorno específico del neurodesarrollo. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado” seguido de la razón específica (p. ej., “con síntomas de falta de atención insuficiente”).

Déficit de atención/hiperactividad no especificado Trastorno

F90.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos del neurodesarrollo. La categoría de trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o para un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que hay información insuficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Trastorno Específico del Aprendizaje

Trastorno Específico del Aprendizaje

Criterios de diagnóstico

- A. Dificultades para aprender y usar habilidades académicas, según lo indicado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido durante al menos 6 meses, a pesar de la provisión de intervenciones dirigidas a esas dificultades:
1. Lectura de palabras inexacta o lenta y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta de forma incorrecta o lenta y vacilante, adivina palabras con frecuencia, tiene dificultad para pronunciar las palabras).
 2. Dificultad para comprender el significado de lo que se lee (p. ej., puede leer el texto con precisión pero no comprender la secuencia, las relaciones, las inferencias o los significados más profundos de lo que se lee).
 3. Dificultades con la ortografía (p. ej., puede agregar, omitir o sustituir vocales o consonantes).

77

4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., comete múltiples errores gramaticales o de puntuación dentro de las oraciones; emplea una organización deficiente de los párrafos; la expresión escrita de ideas carece de claridad).
 5. Dificultades para dominar el sentido de los números, las operaciones numéricas o el cálculo (p. ej., tiene poca comprensión de los números, su magnitud y sus relaciones; cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar las operaciones matemáticas como lo hacen sus compañeros; se pierde en la medio del cálculo aritmético y puede cambiar de procedimiento).
 6. Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene graves dificultades para aplicar conceptos, hechos o procedimientos matemáticos para resolver problemas cuantitativos).
- B. Las habilidades académicas afectadas están sustancial y cuantificablemente por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo y causan una interferencia significativa con el desempeño académico u ocupacional, o con las actividades de la vida diaria, como

confirmado por medidas de rendimiento estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. Para las personas de 17 años o más, la evaluación estandarizada puede sustituirse por un historial documentado de dificultades de aprendizaje perjudiciales.

- C. Las dificultades de aprendizaje comienzan durante los años de edad escolar, pero pueden no manifestarse por completo hasta que las demandas de las habilidades académicas afectadas excedan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes cronometrados, leer o escribir informes largos y complejos para un plazo ajustado, excesivamente cargas académicas pesadas).
- D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, agudeza visual o auditiva no corregida, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de competencia en el idioma de instrucción académica o instrucción educativa inadecuada.

Nota: Los cuatro criterios de diagnóstico deben cumplirse con base en una síntesis clínica de la historia del individuo (del desarrollo, médica, familiar, educativa), informes y evaluación psicoeducativa^{escuela}

Nota de codificación: especifique todos los dominios académicos y las subhabilidades que están afectadas. Cuando más de un dominio está afectado, cada uno debe codificarse individualmente de acuerdo con los siguientes especificadores.

Especificar

si: **F81.0 Con impedimento en la lectura:**

Precisión en la lectura de palabras
Velocidad o fluidez lectora Comprensión
lectora

Nota: La **dislexia** es un término alternativo que se usa para referirse a un patrón de dificultades de aprendizaje caracterizado por problemas con el reconocimiento preciso o fluido de palabras, mala decodificación,

y malas habilidades ortográficas. Si se utiliza la dislexia para especificar este patrón particular de dificultades, también es importante especificar cualquier dificultad adicional que esté presente, como dificultades con la comprensión de lectura o el razonamiento matemático.

F81.81 Con deterioro de la expresión escrita:

Precisión ortográfica

Precisión gramatical y de puntuación

Claridad u organización de la expresión escrita.

F81.2 Con deficiencia en matemáticas:

Sentido de los números

Memorización de operaciones aritméticas

Cálculo preciso o fluido

Razonamiento matemático

preciso Nota: *La discalculia* es un término alternativo que se usa para referirse a un patrón de dificultades caracterizado por problemas para procesar información numérica, aprender operaciones aritméticas y realizar cálculos precisos o fluidos. Si se utiliza la discalculia para especificar este patrón particular de dificultades matemáticas, también es importante especificar cualquier dificultad adicional que esté presente, como dificultades con el razonamiento matemático o la precisión del razonamiento verbal.

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** algunas dificultades para aprender habilidades en uno o dos dominios académicos, pero de una gravedad lo suficientemente leve como para que el individuo pueda compensar o funcionar bien cuando se le brindan las adaptaciones adecuadas o los servicios de apoyo, especialmente durante los años escolares.

Moderado: Dificultades marcadas para aprender habilidades en uno o más dominios académicos, por lo que es poco probable que el individuo llegue a ser competente sin algunos intervalos de enseñanza intensiva y especializada durante los años escolares. Algunas adaptaciones o servicios de apoyo, al menos parte del

Es posible que se necesite un día en la escuela, en el lugar de trabajo o en el hogar para completar las actividades con precisión y eficiencia.

Severo: Dificultades graves para aprender habilidades, que afectan varios dominios académicos, por lo que es poco probable que el individuo aprenda esas habilidades sin una enseñanza continua, intensiva, individualizada y especializada durante la mayor parte de los años escolares. Incluso con una variedad de adaptaciones o servicios apropiados en el hogar, la escuela o el lugar de trabajo, es posible que el individuo no pueda completar todas las actividades de manera eficiente.

Procedimientos de registro Se

debe registrar cada dominio académico deteriorado y subdestreza de un trastorno de aprendizaje específico. Debido a los requisitos de codificación de la ICD, las deficiencias en la lectura, las deficiencias en la expresión escrita y las deficiencias en las matemáticas, con sus correspondientes deficiencias en las subhabilidades, deben codificarse y registrarse por separado. Por ejemplo, las deficiencias en lectura y matemáticas y las deficiencias en las subdestrezas de velocidad o fluidez de lectura, comprensión de lectura, cálculo preciso o fluido y razonamiento matemático preciso se codificarían y registrarían como F81.0 trastorno específico del aprendizaje con deficiencia en la lectura, con deficiencia en la velocidad o fluidez de lectura, y deterioro en la comprensión de lectura; F81.2 trastorno específico del aprendizaje con deficiencia en matemáticas, con deficiencia en cálculos precisos o fluidos y deficiencia en razonamiento matemático preciso.

Características diagnósticas

El trastorno específico del aprendizaje es un trastorno del neurodesarrollo con un origen biológico que es la base de anomalías a nivel cognitivo que se asocian con los signos conductuales del trastorno. El origen biológico incluye una interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales, que afectan la capacidad del cerebro para percibir o procesar información verbal o no verbal de manera eficiente y precisa.

Una característica esencial del trastorno específico del aprendizaje son las dificultades persistentes para aprender habilidades académicas clave (Criterio A), que comienzan durante los años de escolaridad formal (es decir, el período de desarrollo). Llave

Las habilidades académicas incluyen la lectura de palabras sueltas con precisión y fluidez, comprensión de lectura, expresión escrita y ortografía, cálculo aritmético y razonamiento matemático (resolver problemas matemáticos).

A diferencia de hablar o caminar, que son hitos del desarrollo adquiridos que emergen con la maduración del cerebro, las habilidades académicas (p. ej., lectura, ortografía, escritura, matemáticas) deben enseñarse y aprenderse explícitamente.

El trastorno específico del aprendizaje interrumpe el patrón normal de aprendizaje de habilidades académicas; no es simplemente una consecuencia de la falta de oportunidad de aprender o de una instrucción inadecuada. Las dificultades para dominar estas habilidades académicas clave también pueden impedir el aprendizaje en otras materias académicas (p. ej., historia, ciencias, estudios sociales), pero esos problemas son atribuibles a las dificultades para aprender las habilidades académicas subyacentes.

Las dificultades para aprender a relacionar las letras con los sonidos del idioma propio, para leer palabras impresas (a menudo denominada **dislexia** [trastorno específico del aprendizaje con deficiencia en la lectura]), es una de las manifestaciones más comunes del trastorno específico del aprendizaje. Las dificultades de aprendizaje se manifiestan como una variedad de comportamientos o síntomas observables y descriptivos (como se enumeran en los Criterios A1–A6). Estos síntomas clínicos pueden observarse, sondarse por medio de la entrevista clínica o determinarse a partir de informes escolares, escalas de calificación o descripciones en evaluaciones educativas o psicológicas previas. Las dificultades de aprendizaje son persistentes, no transitorias. En niños y adolescentes, **la persistencia** se define como un progreso restringido en el aprendizaje (es decir, sin evidencia de que el individuo se está poniendo al día con sus compañeros de clase) durante al menos 6 meses a pesar de la provisión de ayuda adicional en el hogar o la escuela. Por ejemplo, las dificultades para aprender a leer palabras sueltas que no remiten completa o rápidamente con la instrucción en habilidades fonológicas o estrategias de identificación de palabras pueden indicar un trastorno de aprendizaje específico. La evidencia de dificultades de aprendizaje persistentes puede derivarse de informes escolares acumulativos, carpetas del trabajo evaluado del niño, medidas basadas en el currículo o entrevistas clínicas. En los adultos, la dificultad persistente se refiere a las dificultades continuas en las habilidades de lectoescritura o aritmética que se manifiestan durante la niñez o la adolescencia, según lo indicado por la evidencia acumulada de los informes escolares, carpetas de trabajo evaluadas o evaluaciones previas.

Una segunda característica clave es que el desempeño del individuo en las habilidades académicas afectadas está muy por debajo de lo esperado para su edad (Criterio B). Un indicador clínico sólido de las dificultades para aprender habilidades académicas es un rendimiento académico bajo para la edad o un rendimiento promedio que solo es sostenible con niveles extraordinariamente altos de esfuerzo o apoyo. En los niños, las bajas habilidades académicas causan una interferencia significativa en el rendimiento escolar (como lo indican los informes escolares y las calificaciones o calificaciones de los maestros). Otro indicador clínico, particularmente en adultos, es la evitación de actividades que requieren habilidades académicas. También en la edad adulta, las habilidades académicas bajas interfieren con el desempeño ocupacional o las actividades cotidianas que requieren esas habilidades (como lo indica el autoinforme o el informe de otros). Sin embargo, este criterio también requiere evidencia psicométrica de una prueba de rendimiento académico administrada individualmente, psicométricamente sólida y culturalmente apropiada que esté referida a normas o criterios. Las habilidades académicas se distribuyen a lo largo de un continuo, por lo que no existe un punto de corte natural que pueda usarse para diferenciar a las personas con y sin un trastorno específico del aprendizaje. Por lo tanto, cualquier umbral utilizado para especificar lo que constituye un rendimiento académico significativamente bajo (por ejemplo, habilidades académicas muy por debajo de las expectativas de edad) es en gran medida arbitrario. Puntuaciones bajas de rendimiento en una o más pruebas o subpruebas estandarizadas dentro de un dominio académico (es decir, al menos 1,5 desviaciones estándar [DE] por debajo de la media de la población para la edad, lo que se traduce en una puntuación estándar de 78 o menos, que está por debajo del percentil 7) son necesarios para la mayor certeza diagnóstica. Sin embargo, las puntuaciones precisas variarán según las pruebas estandarizadas particulares que se utilicen. Sobre la base del juicio clínico, se puede usar un umbral más indulgente (p. ej., 1,0 SD por debajo de la media de la población para la edad), cuando las dificultades de aprendizaje están respaldadas por evidencia convergente de la evaluación clínica, el historial académico, los informes escolares o los puntajes de las pruebas. Además, dado que las pruebas estandarizadas no están disponibles en todos los idiomas, el diagnóstico puede basarse en parte en el juicio clínico de las puntuaciones en las medidas de las pruebas disponibles.

Una tercera característica central es que las dificultades de aprendizaje son evidentes en los primeros años escolares en la mayoría de los individuos (Criterio C). Sin embargo, en otros, las dificultades de aprendizaje pueden no manifestarse plenamente hasta años escolares posteriores, momento en el cual las demandas de aprendizaje han aumentado y superan las capacidades limitadas del individuo.

Otra característica clave del diagnóstico es que las dificultades de aprendizaje se consideran "específicas" por cuatro razones. En primer lugar, no se explican mejor por trastornos del desarrollo intelectual (trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual]; retraso global del desarrollo); trastornos de la audición o la visión; o trastornos neurológicos o motores (Criterio D). El trastorno específico del aprendizaje afecta el aprendizaje en personas que, por lo demás, demuestran niveles normales de funcionamiento intelectual (generalmente estimado por una puntuación de coeficiente intelectual superior a aproximadamente 70 [\pm 5 puntos que permiten el error de medición]).

La frase "academia inesperada

80

"bajo rendimiento" se cita a menudo como la característica definitoria del trastorno específico del aprendizaje en el sentido de que las discapacidades específicas del aprendizaje no forman parte de una dificultad de aprendizaje más general, como se manifiesta en el trastorno del desarrollo intelectual o el retraso global del desarrollo.

En segundo lugar, la dificultad de aprendizaje no se puede atribuir a factores externos más generales, como la desventaja económica o ambiental, el ausentismo crónico o la falta de educación, como suele ocurrir en el contexto comunitario del individuo. En tercer lugar, la dificultad de aprendizaje no puede atribuirse a trastornos neurológicos (p. ej., accidente cerebrovascular pediátrico) o motores ni a trastornos de la visión o la audición, que a menudo se asocian con problemas para aprender habilidades académicas pero que se distinguen por la presencia de signos neurológicos.

Finalmente, la dificultad de aprendizaje puede estar restringida a una habilidad o dominio académico (p. ej., leer palabras sueltas, recuperar o calcular hechos numéricos).

El trastorno específico del aprendizaje también puede ocurrir en personas identificadas como intelectualmente "superdotadas". Estos individuos pueden ser capaces de mantener un funcionamiento académico aparentemente adecuado mediante el uso de estrategias compensatorias, un esfuerzo o apoyo extraordinariamente alto, hasta que las demandas de aprendizaje o los procedimientos de evaluación (p. ej., pruebas cronometradas) presenten barreras para que demuestren su aprendizaje o realicen las tareas requeridas. En estos casos, los puntajes de rendimiento del individuo serán bajos en relación con el nivel de capacidad o el rendimiento en otros dominios, en lugar de la media de rendimiento de la población.

Se requiere una evaluación integral. El trastorno específico del aprendizaje solo se puede diagnosticar después de que comienza la educación formal, pero se puede diagnosticar en cualquier momento.

punto posterior en niños, adolescentes o adultos, siempre que haya evidencia de inicio durante los años de escolaridad formal (es decir, el período de desarrollo). Ninguna fuente de datos individual es suficiente para un diagnóstico de trastorno específico del aprendizaje. Más bien, el trastorno específico del aprendizaje es un diagnóstico clínico basado en una síntesis de los antecedentes médicos, de desarrollo, educativos y familiares del individuo; la historia de la dificultad de aprendizaje, incluyendo su manifestación anterior y actual; el impacto de la dificultad en el funcionamiento académico, ocupacional o social; informes escolares anteriores o actuales; portafolios de trabajo que requieren habilidades académicas; evaluaciones basadas en el currículo; y puntajes anteriores o actuales de pruebas estandarizadas individuales de rendimiento académico. Si se sospecha un trastorno intelectual, sensorial, neurológico o motor, la evaluación clínica para un trastorno específico del aprendizaje también debe incluir métodos apropiados para estos trastornos. Por lo tanto, la evaluación integral involucrará a profesionales con experiencia en trastornos específicos del aprendizaje y evaluación psicológica/cognitiva. Dado que el trastorno específico del aprendizaje suele persistir en la edad adulta, rara vez es necesaria una reevaluación, a menos que se indique por cambios marcados en las dificultades de aprendizaje (mejoría o empeoramiento) o se solicite con fines específicos.

Funciones asociadas

Los síntomas del trastorno específico del aprendizaje (dificultad con aspectos de la lectura, la escritura o las matemáticas) ocurren con frecuencia. Es común un perfil desigual de habilidades, como una combinación de habilidades por encima del promedio en dibujo, diseño y otras habilidades visuoespaciales, y lectura lenta, esforzada e imprecisa y comprensión de lectura y expresión escrita deficientes.

El trastorno específico del aprendizaje suele estar precedido, aunque no invariablemente, en los años preescolares por retrasos en la atención, el lenguaje o las habilidades motoras que pueden persistir y coexistir con el trastorno específico del aprendizaje.

Las personas con un trastorno específico del aprendizaje normalmente (pero no invariablemente) presentan un desempeño deficiente en las pruebas psicológicas de procesamiento cognitivo. Sin embargo, no está claro si estas anomalías cognitivas son la causa, el correlato o la consecuencia de las dificultades de aprendizaje. Los déficits cognitivos asociados con las dificultades para aprender a leer palabras están bien documentados, y existe una creciente comprensión de los procesos cognitivos.

los déficits asociados con la dificultad para adquirir habilidades matemáticas, pero los déficits cognitivos asociados con otras manifestaciones de un trastorno específico del aprendizaje (p. ej., comprensión de lectura, expresión escrita) están subespecificados.

81

Aunque los déficits cognitivos individuales contribuyen particularmente a cada síntoma de trastorno de aprendizaje específico, algunos déficits cognitivos se comparten entre diferentes subtipos de trastornos de aprendizaje específicos (p. ej., velocidad de procesamiento) y pueden contribuir a los síntomas concurrentes de un trastorno de aprendizaje específico. La naturaleza concurrente de los síntomas del trastorno específico del aprendizaje y los déficits cognitivos compartidos entre los subtipos específicos del trastorno del aprendizaje sugieren mecanismos biológicos subyacentes compartidos.

Por lo tanto, se encuentra que las personas con síntomas conductuales o puntajes de pruebas similares tienen una variedad de déficits cognitivos, y muchos de estos déficits de procesamiento también se encuentran en otros trastornos del neurodesarrollo (p. ej., trastorno por déficit de atención/hiperactividad [TDAH], trastorno del espectro autista, trastornos de la comunicación, trastorno del desarrollo de la coordinación).

Como grupo, los individuos con el trastorno muestran alteraciones circunscritas en el procesamiento cognitivo y en la estructura y función del cerebro. Las diferencias genéticas también son evidentes a nivel de grupo. Sin embargo, las pruebas cognitivas, las neuroimágenes o las pruebas genéticas no son útiles para el diagnóstico en este momento, y no se requiere la evaluación de los déficits de procesamiento cognitivo para la evaluación diagnóstica.

Predominio

La prevalencia del trastorno específico del aprendizaje en los dominios académicos de lectura, escritura y matemáticas es del 5 % al 15 % entre los niños en edad escolar en Brasil, Irlanda del Norte y Estados Unidos. Se desconoce la prevalencia en adultos.

Desarrollo y curso

El inicio, el reconocimiento y el diagnóstico de un trastorno específico del aprendizaje generalmente ocurren durante los años de la escuela primaria cuando se requiere que los niños aprendan a leer, deletrear, escribir y aprender matemáticas. Sin embargo, precursores como

retrasos o deficiencias en el lenguaje, dificultades para rimar o contar, o dificultades con las habilidades motoras finas requeridas para escribir comúnmente ocurren en la primera infancia antes del comienzo de la educación formal.

Las manifestaciones pueden ser conductuales (p. ej., renuencia a participar en el aprendizaje, comportamiento de oposición). El trastorno específico del aprendizaje dura toda la vida, pero el curso y la expresión clínica son variables, en parte dependiendo de las interacciones entre las demandas de tareas del entorno, el rango y la gravedad de las dificultades de aprendizaje del individuo, las habilidades de aprendizaje del individuo, la comorbilidad y el apoyo disponible. sistemas e intervención.

No obstante, los problemas con la fluidez y comprensión de la lectura, la ortografía, la expresión escrita y las habilidades numéricas en la vida cotidiana suelen persistir hasta la edad adulta.

Los cambios en la manifestación de los síntomas ocurren con la edad, por lo que un individuo puede tener una variedad persistente o cambiante de dificultades de aprendizaje a lo largo de su vida. Los adultos con un trastorno específico del aprendizaje parecen experimentar limitaciones y restricciones en la actividad y participación en los dominios de la comunicación, las interacciones interpersonales y la comunidad, y la vida social y cívica.

Los ejemplos de síntomas que se pueden observar entre los niños en edad preescolar incluyen una falta de interés en jugar juegos con sonidos del lenguaje (p. ej., repetición, rimas) y pueden tener problemas para aprender canciones infantiles. Los niños en edad preescolar con un trastorno específico del aprendizaje pueden hablar con frecuencia como bebés, pronunciar mal las palabras y tener problemas para recordar los nombres de las letras, los números o los días de la semana. Es posible que no reconozcan las letras de sus propios nombres y tengan problemas para aprender a contar. Los niños en edad de jardín de infantes con un trastorno específico del aprendizaje pueden ser incapaces de reconocer y escribir letras, pueden ser incapaces de escribir sus propios nombres o pueden tener un uso persistente de la ortografía inventada más allá de los marcos de tiempo típicos del desarrollo.

Pueden tener problemas para descomponer las palabras habladas en sílabas (p. ej., "vaquero" en "vaca" y "niño") y problemas para reconocer palabras que riman (p. ej., gato, murciélagos, sombrero). Los niños en edad de jardín de infancia también pueden tener problemas para conectar las letras con sus sonidos (p. ej., la letra **b** produce el sonido /b/) y es posible que no puedan reconocer fonemas (p. ej., no sé cuál en un conjunto de palabras [p. ej., perro, hombre , car] comienza con el mismo sonido que "cat").

El trastorno específico del aprendizaje en niños en edad escolar primaria generalmente se manifiesta como una marcada dificultad para aprender la correspondencia entre letras y sonidos (particularmente en niños de habla inglesa),

82

fluidez en la decodificación de palabras, ortografía o operaciones matemáticas; leer en voz alta es lento, impreciso y requiere esfuerzo, y algunos niños tienen dificultades para comprender la magnitud que representa un número hablado o escrito. Los niños en los grados primarios (grados 1 a 3) pueden seguir teniendo problemas para reconocer y manipular fonemas, ser incapaces de leer palabras comunes de una sílaba (como mat o top) y ser incapaces de reconocer palabras comunes con ortografía irregular (p. ej., dijo, dos). Pueden cometer errores de lectura que indican problemas para conectar sonidos y letras (p. ej., "grande" por "obtuve") y tienen dificultad para secuenciar números y letras. Los niños en los grados 1 a 3 también pueden tener dificultad para recordar hechos numéricos o procedimientos aritméticos para sumar, restar, etc., y pueden quejarse de que la lectura o la aritmética son difíciles y evitan hacerlo. Los niños con un trastorno específico del aprendizaje en los grados intermedios (grados 4 a 6) pueden pronunciar mal u omitir partes de palabras largas y polisílabas (p. ej., decir "conible" por "convertible", "aminal" por "animal") y confundir las palabras que similares (p. ej., "tornado" por "volcán"). Pueden tener problemas para recordar fechas, nombres y números de teléfono y pueden tener problemas para completar la tarea o los exámenes a tiempo. Los niños en los grados intermedios también pueden tener una comprensión deficiente con o sin lectura lenta, esforzada e imprecisa, y pueden tener problemas para leer palabras de función pequeña (p. ej., that, the, an, in). Pueden tener muy mala ortografía y pobre trabajo escrito. Pueden obtener la primera parte de una palabra correctamente, luego adivinar de forma descabellada (p. ej., leer "trébol" como "reloj") y pueden expresar miedo de leer en voz alta o negarse a leer en voz alta.

Por el contrario, los adolescentes pueden haber dominado la decodificación de palabras, pero la lectura sigue siendo lenta y con esfuerzo, y es probable que muestren problemas marcados en la comprensión de lectura y la expresión escrita (incluida la ortografía deficiente) y un dominio deficiente de las operaciones matemáticas o la resolución de problemas matemáticos. Durante la adolescencia y la edad adulta, las personas con un trastorno específico del aprendizaje pueden continuar cometiendo numerosos errores de ortografía y leyendo palabras sueltas y textos conectados lentamente y con mucho esfuerzo, con dificultad para pronunciar

palabras polisilábicas. Es posible que con frecuencia necesiten releer el material para comprender u obtener el punto principal y tengan problemas para hacer inferencias a partir del texto escrito. Los adolescentes y adultos pueden evitar actividades que exijan lectura o aritmética (leer por placer, leer instrucciones). Los adultos con un trastorno específico del aprendizaje tienen problemas continuos de ortografía, lectura lenta y esforzada, o problemas para hacer inferencias importantes a partir de información numérica en documentos escritos relacionados con el trabajo. Pueden evitar tanto actividades relacionadas con el ocio como con el trabajo que exijan leer o escribir o utilizar enfoques alternativos para acceder a la impresión (p. ej., software de texto a voz/de voz a texto, audiolibros, medios audiovisuales).

Una expresión clínica alternativa es la de las dificultades de aprendizaje circunscritas que persisten a lo largo de la vida, como la incapacidad de dominar el sentido básico del número (p. ej., saber cuál de un par de números o puntos representa la mayor magnitud) o la falta de competencia en la identificación de palabras o la ortografía. La evitación o la renuencia a participar en actividades que requieren habilidades académicas es común en niños, adolescentes y adultos.

Las personas con habilidades deficientes en lectura y matemáticas tienen más probabilidades de reportar angustia socioemocional (p. ej., tristeza, soledad) a medida que avanzan en los niveles de primaria.

Los episodios de ansiedad severa o trastornos de ansiedad, incluidas las quejas somáticas o los ataques de pánico, son comunes a lo largo de la vida y acompañan tanto a la expresión circunscrita como a la más amplia de las dificultades de aprendizaje.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los factores ambientales, incluidas las condiciones socioeconómicas (p. ej., nivel socioeconómico bajo) y la exposición a neurotóxicos, aumentan el riesgo de trastornos específicos del aprendizaje o dificultades en lectura y matemáticas. Los riesgos de trastornos específicos del aprendizaje o dificultades en la lectura y las matemáticas incluyen la exposición prenatal o temprana a cualquiera de los siguientes: contaminación del aire, nicotina, éteres de difenilo polibromados o bifenilos policlorados (retardantes de llama), plomo o manganeso.

Genético y fisiológico. El trastorno específico del aprendizaje parece acumularse en las familias, particularmente cuando afecta la lectura, las matemáticas y la ortografía. El riesgo relativo de

el trastorno del aprendizaje en lectura o matemáticas es sustancialmente mayor (p. ej., 4 a 8 veces y 5 a 10 veces mayor, respectivamente) en los familiares de primer grado de las personas con estas dificultades de aprendizaje en comparación con las que no las tienen. En particular, las tasas varían según el método de determinación (prueba objetiva o autoinforme) del estado de diagnóstico de los padres. Los antecedentes familiares de dificultades de lectura (dislexia) y las habilidades de alfabetización de los padres predicen problemas de alfabetización o trastornos específicos del aprendizaje en la descendencia, lo que indica el papel combinado de factores genéticos y ambientales.

Existe una alta heredabilidad tanto para la capacidad de lectura como para la discapacidad de lectura en idiomas alfábéticos y no alfábéticos, incluida una alta heredabilidad para la mayoría de las manifestaciones de habilidades y discapacidades de aprendizaje (p. ej., valores estimados de heredabilidad superiores a 0,6). La covariación entre varias manifestaciones de dificultades de aprendizaje es alta, lo que sugiere que los genes relacionados con una presentación están altamente correlacionados con genes relacionados con otra manifestación.

El parto prematuro o con muy bajo peso al nacer es un riesgo de trastorno específico del aprendizaje. En las personas con neurofibromatosis tipo 1, el riesgo de un trastorno específico del aprendizaje es alto, y hasta el 75 % de las personas presentan un trastorno del aprendizaje.

Modificadores de curso. Los problemas marcados con comportamientos de falta de atención, internalización y externalización en los años preescolares predicen dificultades posteriores en lectura y matemáticas (pero no necesariamente un trastorno de aprendizaje específico) y falta de respuesta a intervenciones académicas efectivas. El deterioro del lenguaje en los años preescolares está fuertemente asociado con el posterior deterioro de la lectura (p. ej., lectura de palabras, comprensión de lectura). Por ejemplo, el retraso o los trastornos en el habla o el lenguaje, o el deterioro del procesamiento cognitivo (p. ej., conciencia fonológica, memoria de trabajo, denominación rápida en serie), pueden predecir un trastorno específico del aprendizaje posterior en la lectura y la expresión escrita.

Además, un diagnóstico de TDAH en la infancia está asociado con un bajo rendimiento en lectura y matemáticas en la edad adulta. La comorbilidad con el TDAH predice peores resultados de salud mental que los asociados con el trastorno específico del aprendizaje sin TDAH. La instrucción sistemática, intensiva e individualizada, utilizando intervenciones basadas en la evidencia, puede

mejorar o mejorar las dificultades de aprendizaje en algunos individuos o promover el uso de estrategias compensatorias en otros, mitigando así los malos resultados.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con

la cultura El trastorno específico del aprendizaje ocurre a través de trasfondos lingüísticos y etnoraciales y en contextos culturales y socioeconómicos, pero puede variar en su manifestación de acuerdo con la naturaleza de los sistemas de símbolos hablados y escritos y las prácticas culturales y educativas. Por ejemplo, los requisitos de procesamiento cognitivo de la lectura y el trabajo con números varían mucho entre ortografías. En el idioma inglés, el síntoma clínico distintivo observable de las dificultades para aprender a leer es la lectura inexacta y lenta de palabras sueltas; en otros idiomas alfabeticos que tienen un mapeo más directo entre sonidos y letras (p. ej., español, alemán) y en idiomas no alfabeticos (p. ej., chino, japonés), la característica distintiva es la lectura lenta pero precisa. En los estudiantes del idioma inglés, la evaluación debe incluir la consideración de si la fuente de las dificultades de lectura es un dominio limitado del inglés o un trastorno de aprendizaje específico. Los factores de riesgo para el trastorno específico del aprendizaje en estudiantes del idioma inglés incluyen antecedentes familiares de trastorno específico del aprendizaje o retraso en el lenguaje en el idioma nativo, así como dificultades de aprendizaje y déficits en la memoria fonológica en inglés y la incapacidad para ponerse al día con sus compañeros. Si existe la sospecha de diferencias culturales o de idioma (p. ej., que un aprendiz del idioma inglés está influenciado por un dominio limitado del inglés), la evaluación debe tener en cuenta el dominio del idioma de la persona en su lengua materna o nativa, así como en el segundo idioma (en este ejemplo, inglés). Es importante destacar que los niños que hablan un idioma en el hogar que difiere fonológicamente del idioma de instrucción académica no tienen más probabilidades de tener déficits fonológicos que sus compañeros que hablan el mismo idioma en el hogar y en la escuela. Las dificultades de lectura comórbidas pueden variar con diferentes idiomas; por ejemplo, las dificultades de lectura son menos frecuentes entre los niños que leen en chino con un trastorno del desarrollo de la coordinación en Taiwán en comparación

con niños en países de habla inglesa, posiblemente por las características de los dos lenguajes escritos (logográfico vs. alfabetico).

Las consideraciones en la evaluación pueden incluir el contexto lingüístico y cultural en el que vive el individuo, así como su historial educativo y de aprendizaje en el contexto lingüístico y cultural original. Los factores de riesgo de problemas de aprendizaje entre los niños refugiados y migrantes incluyen los estereotipos de los maestros y las bajas expectativas, el acoso, la discriminación étnica y racial, los malentendidos de los padres sobre los estilos educativos y las expectativas, el trauma y los factores estresantes posteriores a la migración.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno específico del aprendizaje es más común en los hombres que en las mujeres (las proporciones oscilan entre 2:1 y 3:1) y no se puede atribuir a factores como el sesgo de determinación, la variación en la definición o la medición, el idioma, la origen étnico-racial o estatus socioeconómico. Las diferencias de sexo en la dislexia (trastorno específico del aprendizaje con deterioro de la lectura) pueden estar parcialmente mediadas por la velocidad de procesamiento.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

En adolescentes estadounidenses de 15 años de edad que asisten a escuelas públicas, la capacidad de lectura deficiente se asoció con pensamientos y comportamientos suicidas en comparación con adolescentes con puntajes de lectura típicos, incluso cuando se controlaron las variables sociodemográficas y psiquiátricas. En un estudio basado en la población de adultos en Canadá, la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida entre las personas con un trastorno específico del aprendizaje fue más alta que entre las personas sin un trastorno específico del aprendizaje, incluso después de ajustar las adversidades de la infancia, los antecedentes de enfermedad mental y el uso de sustancias, y factores sociodemográficos. Entre aquellos con un trastorno específico del aprendizaje, un historial de presenciar violencia doméstica crónica por parte de los padres y haber tenido alguna vez un trastorno depresivo mayor se asoció con un mayor riesgo de comportamiento suicida.

Consecuencias funcionales del trastorno específico del aprendizaje

El trastorno específico del aprendizaje puede tener consecuencias funcionales negativas a lo largo de la vida, incluido un rendimiento académico más bajo, tasas más altas de abandono de la escuela secundaria, tasas más bajas de educación postsecundaria, altos niveles de

angustia psicológica y peor salud mental en general, mayores tasas de desempleo y subempleo, y menores ingresos. La deserción escolar y los síntomas depresivos concurrentes aumentan el riesgo de malos resultados de salud mental, incluidos pensamientos o conductas suicidas, mientras que los altos niveles de apoyo social o emocional predicen mejores resultados de salud mental.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales en el rendimiento académico

El trastorno específico del aprendizaje se distingue de las variaciones normales en el rendimiento académico atribuibles a factores externos (p. ej., falta de oportunidades educativas, instrucción sistemáticamente deficiente, aprendizaje en un segundo idioma), porque las dificultades de aprendizaje persisten en presencia de oportunidades educativas adecuadas y exposición al misma instrucción que el grupo de compañeros y competencia en el idioma de instrucción, incluso cuando es diferente del idioma principal hablado.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual).

El trastorno específico del aprendizaje difiere de las dificultades generales del aprendizaje asociadas con el trastorno del desarrollo intelectual, porque las dificultades del aprendizaje ocurren en presencia de niveles normales de funcionamiento intelectual (es decir, puntaje de CI de al menos 70 ± 5). Si existe un trastorno del desarrollo intelectual, el trastorno específico del aprendizaje puede diagnosticarse solo cuando las dificultades de aprendizaje superan las que normalmente se asocian con el trastorno del desarrollo intelectual.

Dificultades de aprendizaje debidas a trastornos neurológicos o sensoriales.

El trastorno específico del aprendizaje se distingue de las dificultades de aprendizaje debidas a trastornos neurológicos o sensoriales.

(por ejemplo, accidente cerebrovascular pediátrico, lesión cerebral traumática, deficiencia auditiva, deficiencia visual), porque en estos casos hay hallazgos anormales en el examen neurológico.

Trastornos neurocognitivos.

El trastorno específico del aprendizaje se distingue de los problemas de aprendizaje asociados con los trastornos cognitivos neurodegenerativos. En el trastorno específico del aprendizaje, la expresión clínica de las dificultades específicas del aprendizaje ocurre durante el período de desarrollo, que a veces solo

se hace evidente cuando las demandas de aprendizaje han aumentado y superan las capacidades limitadas del individuo (como puede ocurrir en la edad adulta), y las dificultades no se manifiestan como una disminución marcada de un estado anterior.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. El aprendizaje específico se distingue del rendimiento académico deficiente asociado con el TDAH, porque en la última condición los problemas pueden no reflejar necesariamente dificultades específicas en el aprendizaje de habilidades académicas, sino que pueden reflejar dificultades en el desempeño de esas habilidades. Sin embargo, la concurrencia del trastorno específico del aprendizaje y el TDAH es más frecuente de lo esperado por casualidad. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden dar ambos diagnósticos.

Desórdenes psicóticos. El trastorno específico del aprendizaje se distingue de las dificultades de procesamiento cognitivo asociadas con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, porque con estos trastornos hay una disminución (a menudo rápida) en estos dominios funcionales. Sin embargo, los déficits en la capacidad de lectura son más severos en el trastorno específico del aprendizaje de lo que se podría predecir por los deterioros cognitivos generales asociados con la esquizofrenia. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden dar ambos diagnósticos.

Comorbilidad Los

diferentes tipos de trastorno específico del aprendizaje suelen coexistir entre sí (p. ej., trastorno específico del aprendizaje con deficiencia en matemáticas y con deficiencia en lectura) y con otros trastornos del neurodesarrollo (p. ej., TDAH, trastornos de la comunicación, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastornos del espectro autista). mental) u otros trastornos mentales (p. ej., ansiedad y trastornos depresivos) o problemas de conducta. En particular, las estimaciones de la comorbilidad de las dificultades matemáticas y de lectura varían según las pruebas utilizadas para definir la dificultad matemática, probablemente porque el mismo síntoma (p. ej., problemas aritméticos) puede estar asociado con diferentes déficits cognitivos (p. ej., un déficit en las habilidades del lenguaje o un déficit en el procesamiento de números). Estas comorbilidades no excluyen necesariamente el diagnóstico de un trastorno específico del aprendizaje, pero pueden dificultar las pruebas y el diagnóstico diferencial, porque cada uno de los trastornos concurrentes interfiere de forma independiente con la ejecución de las actividades de la vida diaria, incluido el aprendizaje. Por lo tanto, se requiere juicio clínico para atribuir dicho deterioro a dificultades de aprendizaje. Si hay una indicación de que

otro diagnóstico podría explicar las dificultades para aprender habilidades académicas clave descritas en el Criterio A, no se debe diagnosticar un trastorno específico del aprendizaje.

Trastornos motores

Trastorno de desarrollo de la coordinación

Criterios de diagnóstico

F82

- A. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del individuo y la oportunidad de aprender y usar habilidades. Las dificultades se manifiestan como torpeza (p. ej., dejarse caer o chocar contra

86

objetos), así como lentitud e imprecisión en el desempeño de las habilidades motoras (p. ej., atrapar un objeto, usar tijeras o cubiertos, escribir a mano, andar en bicicleta o participar en deportes).

- B. El déficit de habilidades motoras en el Criterio A interfiere de manera significativa y persistente con las actividades de la vida diaria apropiadas para la edad cronológica (p. ej., cuidado personal y mantenimiento personal) y afecta la productividad académica/escolar, las actividades prevocacionales y vocacionales, el ocio y el juego.
- C. El inicio de los síntomas es en el período de desarrollo temprano.
- D. Las deficiencias de las habilidades motoras no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o discapacidad visual y no son atribuibles a una afección neurológica que afecte el movimiento (p. ej., parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).

Características diagnósticas

El diagnóstico del trastorno del desarrollo de la coordinación se realiza mediante una síntesis clínica de la historia (del desarrollo y médica), el examen físico, el informe escolar o laboral y la evaluación individual utilizando pruebas estandarizadas psicométricamente sólidas y culturalmente apropiadas. La manifestación de habilidades deterioradas que requieren coordinación motora (Criterio A) varía con la edad. Los niños pequeños pueden retrasarse en el logro de los hitos motores (es decir, sentarse, gatear, caminar), aunque muchos alcanzan los hitos motores típicos. También pueden tener retrasos en el desarrollo de habilidades como subir escaleras, pedalear, abotonarse camisas, completar rompecabezas y usar cremalleras. Incluso cuando se logra la habilidad, la ejecución del movimiento puede parecer torpe, lenta o menos precisa que la de sus compañeros. Los niños mayores y los adultos pueden mostrar lentitud o imprecisión en los aspectos motores de actividades como armar rompecabezas, construir modelos, jugar juegos de pelota (especialmente en equipos), escribir a mano, escribir a máquina, conducir o llevar a cabo habilidades de cuidado personal.

El trastorno del desarrollo de la coordinación se diagnostica solo si el deterioro de las habilidades motoras interfiere significativamente con el desempeño o la participación en las actividades diarias en la vida familiar, social, escolar o comunitaria (Criterio B). Ejemplos de tales actividades incluyen vestirse, comer con utensilios apropiados para la edad y sin ensuciar, participar en juegos físicos con otros, usar herramientas específicas en clase, como reglas y tijeras, y participar en actividades de ejercicios en equipo en la escuela. No solo se ve afectada la capacidad para realizar estas acciones, sino que también es común una marcada lentitud en la ejecución. La competencia de escritura a mano se ve afectada con frecuencia, lo que afecta la legibilidad y/o la velocidad de la producción escrita y el rendimiento académico (el impacto se distingue de la dificultad específica de aprendizaje por el énfasis en el componente motor de las habilidades de producción escrita). En los adultos, las habilidades cotidianas en la educación y el trabajo, especialmente aquellas en las que se requiere velocidad y precisión, se ven afectadas por problemas de coordinación.

El criterio C establece que el inicio de los síntomas del trastorno del desarrollo de la coordinación debe ser en el período de desarrollo temprano. Sin embargo, el trastorno del desarrollo de la coordinación generalmente no se diagnostica antes de los 5 años porque existe una variación considerable en la edad de adquisición de

muchas habilidades motoras o falta de estabilidad de la medición en la primera infancia (p. ej., algunos niños se ponen al día) o porque otras causas de retraso motor pueden no haberse manifestado por completo.

El criterio D especifica que el diagnóstico de trastorno del desarrollo de la coordinación se realiza si las dificultades de coordinación no se explican mejor por una discapacidad visual o son atribuibles a una afección neurológica. Por lo tanto, el examen de la función visual y el examen neurológico deben incluirse en la evaluación diagnóstica. Si existe un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), las dificultades motoras superan las esperadas para la edad mental; sin embargo, no se especifica ningún criterio de discrepancia o límite de coeficiente intelectual.

El trastorno del desarrollo de la coordinación no tiene subtipos discretos; sin embargo, las personas pueden verse afectadas predominantemente en las habilidades motoras gruesas o en las habilidades motoras finas, incluida la escritura a mano.

Otros términos utilizados para describir el trastorno del desarrollo de la coordinación incluyen ***dispraxia infantil, trastorno específico del desarrollo de la función motora y síndrome del niño torpe.***

Funciones asociadas

Algunos niños con trastorno del desarrollo de la coordinación muestran actividad motora adicional (generalmente suprimida), como movimientos coreiformes de extremidades sin apoyo o movimientos de espejo. Estos movimientos de "desbordamiento" se denominan ***inmadureces del neurodesarrollo o signos neurológicos leves*** en lugar de anomalías neurológicas. Tanto en la literatura actual como en la práctica clínica, su papel en el diagnóstico aún no está claro y requiere una evaluación adicional.

Predominio

La prevalencia del trastorno del desarrollo de la coordinación en niños de 5 a 11 años oscila entre el 5 % y el 8 % a nivel internacional (en el Reino Unido, al 1,8 % de los niños de 7 años se les diagnostica un trastorno grave del desarrollo de la coordinación y al 3 % probable trastorno del desarrollo de la coordinación). trastorno); y 7%–8% en Canadá, Suecia y Taiwán. Los hombres se ven afectados con más frecuencia que las mujeres, con una relación hombre:mujer entre 2:1 y 7:1.

Desarrollo y curso El curso del

trastorno del desarrollo de la coordinación es variable pero estable al menos a 1 y 2 años de seguimiento. Aunque puede haber una mejoría a largo plazo, los problemas con los movimientos coordinados continúan durante la adolescencia en un 50% a 70% estimado de los niños. El inicio es en la primera infancia. Los hitos motores retrasados pueden ser los primeros signos, o el trastorno se reconoce por primera vez cuando el niño intenta tareas como sostener un cuchillo y un tenedor, abotonarse la ropa o jugar juegos de pelota. En la infancia media, hay dificultades con los aspectos motores de armar rompecabezas, construir modelos, jugar a la pelota y escribir a mano, así como con la organización de pertenencias, cuando se requiere coordinación y secuencia motora. En la edad adulta temprana, existe una dificultad continua para aprender nuevas tareas que involucran habilidades motoras complejas/automáticas, como conducir y usar herramientas. La incapacidad para tomar notas y escribir a mano rápidamente puede afectar el desempeño en el lugar de trabajo. La coexistencia con otros trastornos (consulte la sección "Comorbilidad" para este trastorno) tiene un impacto adicional en la presentación, el curso y el resultado.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El trastorno del desarrollo de la coordinación se asocia con prematuridad y bajo peso al nacer y con exposición prenatal al alcohol.

Genético y fisiológico. Se han encontrado deficiencias en los procesos de desarrollo neurológico subyacentes en las habilidades motoras visuales, incluida la percepción motora visual y la mentalización espacial. También puede estar involucrada la disfunción cerebelosa, que afecta la capacidad de realizar ajustes motores rápidos a medida que aumenta la complejidad de los movimientos requeridos. Sin embargo, la base neural precisa del trastorno del desarrollo de la coordinación sigue sin estar clara. Debido a la coexistencia del trastorno del desarrollo de la coordinación con otros trastornos del neurodesarrollo, incluido el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), las discapacidades específicas del aprendizaje y el trastorno del espectro autista, se ha propuesto un efecto genético compartido.

Sin embargo, la coexistencia constante en gemelos aparece solo en casos graves.

Modificadores de curso. Las personas con TDAH y con trastorno del desarrollo de la coordinación muestran más deterioro que las personas con TDAH sin trastorno del desarrollo de la coordinación.

Problemas de diagnóstico relacionados con

la cultura El trastorno de coordinación del desarrollo ocurre en contextos culturales, étnico-raciales y socioeconómicos. Al mismo tiempo, se han informado variaciones culturales en el desarrollo motor (tanto acelerado como retrasado en relación con las normas estadounidenses). Estos parecen estar asociados con prácticas de cuidado relacionadas con expectativas de movilidad independiente durante el desarrollo, oportunidades inadecuadas para la movilidad entre niños en pobreza severa y diferencias en la metodología de medición. Por definición, “actividades de la vida diaria” implica diferencias culturales

88

lo que requiere la consideración del contexto en el que vive cada niño, así como si el niño ha tenido oportunidades apropiadas para aprender y practicar tales actividades. La mayor prevalencia del trastorno del desarrollo de la coordinación en estudios de niños de algunos países de bajos y medianos ingresos puede reflejar el impacto de la desventaja socioeconómica en el desarrollo motor.

Consecuencias funcionales del desarrollo

Trastorno de coordinación

El trastorno del desarrollo de la coordinación conduce a un deterioro del desempeño funcional en las actividades de la vida diaria (Criterio B), y el deterioro aumenta con las condiciones concurrentes. Las consecuencias del trastorno del desarrollo de la coordinación incluyen una participación reducida en juegos y deportes en equipo; baja autoestima y sentido de autoestima; problemas emocionales o de conducta; rendimiento académico deteriorado; mala forma física; actividad física reducida y obesidad; y mala calidad de vida relacionada con la salud.

Diagnóstico diferencial

Deficiencias motoras debido a otra condición médica

Problemas de coordinación puede estar asociado con deterioro de la función visual y trastornos neurológicos específicos (p. ej., parálisis cerebral, lesiones progresivas del cerebelo, trastornos neuromusculares). En tales casos, hay hallazgos adicionales en el examen neurológico.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). Si existe un trastorno del desarrollo intelectual, las competencias motoras pueden verse afectadas de acuerdo con la discapacidad intelectual. Sin embargo, si las dificultades motoras superan lo que podría explicarse por el trastorno del desarrollo intelectual y se cumplen los criterios para el trastorno del desarrollo de la coordinación, también se puede diagnosticar el trastorno del desarrollo de la coordinación.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. Las personas con TDAH pueden caerse, chocar contra objetos o volcar cosas. Se requiere una observación cuidadosa en diferentes contextos para determinar si la falta de competencia motora es atribuible a la distracción e impulsividad en lugar de a un trastorno del desarrollo de la coordinación. Si se cumplen los criterios tanto para el TDAH como para el trastorno del desarrollo de la coordinación, se pueden dar ambos diagnósticos.

Desorden del espectro autista. Las personas con trastorno del espectro autista pueden no estar interesadas en participar en tareas que requieren habilidades de coordinación complejas, como los deportes con pelota, lo que afectará el rendimiento y la función de la prueba, pero no reflejará la competencia motora central. La concurrencia del trastorno del desarrollo de la coordinación y el trastorno del espectro autista es común. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden dar ambos diagnósticos.

Síndrome de hiperlaxitud articular. Las personas con síndromes que causan articulaciones hiperextensibles (que se encuentran en el examen físico; a menudo con una queja de dolor) pueden presentar síntomas similares a los del trastorno del desarrollo de la coordinación.

Los trastornos de

comorbilidad que comúnmente coexisten con el trastorno del desarrollo de la coordinación incluyen trastornos de la comunicación; trastorno específico del aprendizaje (especialmente lectura y escritura); problemas de falta de atención, incluido el TDAH (la condición coexistente más frecuente, con alrededor del 50% de co-ocurrencia); desorden del espectro autista; problemas de comportamiento disruptivo y emocional; y síndrome de hiperlaxitud articular. Pueden estar presentes diferentes grupos de co-ocurrencia (p. ej., un grupo con trastornos graves de lectura, problemas de motricidad fina y problemas de escritura; otro grupo con control de movimiento y planificación motora deteriorados). La presencia de otros trastornos no excluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, pero puede dificultar las pruebas

y puede interferir de forma independiente con la ejecución de las actividades de la vida diaria, lo que requiere el criterio del examinador para atribuir el deterioro a las habilidades motoras.

89

Trastorno de movimientos estereotipados

Criterios de diagnóstico

F98.4

- A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsado y aparentemente sin propósito (p. ej., sacudir o agitar la mano, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse a sí mismo, golpearse a sí mismo).
- B. El comportamiento motor repetitivo interfiere con las actividades sociales, académicas u otras y puede resultar en autolesiones.
- C. El inicio es en el período de desarrollo temprano.
- D. El comportamiento motor repetitivo no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección neurológica y no se explica mejor por otro trastorno mental o del neurodesarrollo (p. ej., tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno obsesivo-compulsivo).

Especifique

si: **Con comportamiento auto agresivo** (o comportamiento que resultaría en una lesión si no se usaran medidas preventivas)

Sin comportamiento auto agresivo

Especifique

si: **Asociado con una afección genética u otra médica conocida, trastorno del neurodesarrollo, factor ambiental (p. ej., daño cerebral intelectual), exposición intrauterina al alcohol**

Nota de codificación: use un código adicional para identificar la condición genética u otra condición médica asociada, el trastorno del neurodesarrollo o el factor ambiental.

Especifique la gravedad

actual: **Leve**: los síntomas se suprimen fácilmente mediante estímulos sensoriales o distracciones.

Moderado: los síntomas requieren medidas de protección explícitas y modificación del comportamiento.

Severo: Se requiere monitoreo continuo y medidas de protección para prevenir lesiones graves.

Procedimientos de registro Para

el trastorno de movimientos estereotipados que está asociado con una afección genética u otra médica conocida, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental, registre el trastorno de movimientos estereotipados asociado con (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno de movimientos estereotipados asociado con Lesch -Síndrome de Nyhan).

Especificadores

La severidad de los movimientos estereotípicos no autolesivos varía desde presentaciones leves que son fácilmente suprimidas por un estímulo sensorial o distracción hasta movimientos continuos que interfieren notablemente con todas las actividades de la vida diaria. Las conductas autolesivas varían en gravedad a lo largo de varias dimensiones, incluida la frecuencia, el impacto en el funcionamiento adaptativo y la gravedad de la lesión corporal (desde hematomas leves o eritema por golpearse la mano contra el cuerpo, hasta laceraciones o amputaciones de dedos, hasta desprendimiento de retina por golpearse la cabeza).).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de los movimientos estereotípicos es la conducta motora repetitiva, aparentemente impulsada y aparentemente sin propósito (Criterio A). Estos comportamientos suelen ser movimientos rítmicos de la cabeza, las manos o el cuerpo sin una función adaptativa evidente. Los movimientos pueden o no responder a los esfuerzos por detenerlos. Entre los niños con un desarrollo típico, el

los movimientos repetitivos generalmente se pueden detener cuando se les presta atención

o cuando el niño se distrae de realizarlos. Entre los niños con trastornos del neurodesarrollo, los comportamientos suelen responder menos a tales esfuerzos. En otros casos, el individuo demuestra comportamientos de autocontrol (p. ej., sentarse sobre las manos, envolver los brazos en la ropa, encontrar un dispositivo de protección).

El repertorio de conductas es variable; cada individuo se presenta con su propio patrón de conducta individual, "firma". Los ejemplos de movimientos estereotípicos no autolesivos incluyen, entre otros, balanceo del cuerpo, movimientos bilaterales de aleteo o rotación de las manos, chasquidos o aleteos de los dedos frente a la cara, agitar o aletear los brazos y asentir con la cabeza; el estiramiento de la boca se ve comúnmente en asociación con los movimientos de las extremidades superiores. Los comportamientos autolesivos estereotipados incluyen, entre otros, golpes repetitivos en la cabeza, bofetadas en la cara, pincharse los ojos y morderse las manos, los labios u otras partes del cuerpo. Meterse los ojos es particularmente preocupante; ocurre con más frecuencia entre los niños con discapacidad visual. Se pueden combinar múltiples movimientos (p. ej., ladear la cabeza, balancear el torso, agitar una pequeña cuerda repetidamente frente a la cara).

Los movimientos estereotípicos pueden ocurrir muchas veces durante el día, con una duración de unos pocos segundos a varios minutos o más. La frecuencia puede variar desde muchas ocurrencias en un solo día hasta varias semanas entre episodios. Los comportamientos varían según el contexto y ocurren cuando el individuo está absorto en otras actividades, cuando está emocionado, estresado, fatigado o aburrido. El criterio A requiere que los movimientos sean "aparentemente" sin propósito. Sin embargo, algunas funciones pueden ser realizadas por los movimientos. Por ejemplo, los movimientos estereotipados pueden reducir la ansiedad en respuesta a factores estresantes externos.

El criterio B requiere que los movimientos estereotípicos interfieran con las actividades sociales, académicas o de otro tipo y, en algunos niños, pueden resultar en autolesiones (o lo serían si no se usaran medidas de protección). La presencia o ausencia de conducta autolesiva debe indicarse utilizando los especificadores "con conducta autolesiva" o "sin conducta autolesiva". El inicio de los movimientos estereotípicos es en el período de desarrollo temprano (Criterio C).

El criterio D requiere que el comportamiento repetitivo y estereotipado en el trastorno del movimiento estereotipado no sea atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección neurológica y no se explique mejor por otro trastorno mental o del neurodesarrollo. La presencia de movimientos estereotípicos puede indicar un problema de desarrollo neurológico no detectado, especialmente en niños de 1 a 3 años.

Predominio

Los movimientos estereotípicos simples (p. ej., mecerse) son comunes en los niños pequeños con un desarrollo típico (p. ej., 5% a 19% en el Reino Unido y los Estados Unidos). Los movimientos estereotípicos complejos son mucho menos comunes (ocurren en aproximadamente 3% a 4%). Entre el 4 % y el 16 % de las personas con trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) en muestras de países de altos ingresos se involucran en estereotipias y autolesiones. El riesgo es mayor en personas con trastorno grave del desarrollo intelectual.

Entre las personas con trastorno del desarrollo intelectual que viven en instalaciones residenciales, entre el 10 % y el 15 % pueden tener un trastorno de movimientos estereotípicos con autolesiones. Los comportamientos e intereses repetitivos y restringidos pueden ser marcadores de riesgo para la aparición de autolesiones, agresión y destrucción en niños con trastorno grave del desarrollo intelectual.

Desarrollo y Curso

Los movimientos estereotípicos típicamente comienzan dentro de los primeros 3 años de vida. Los movimientos estereotípicos simples son comunes en la infancia y pueden estar involucrados en la adquisición del dominio motor. En los niños que desarrollan estereotipias motoras complejas, aproximadamente el 80 % presenta síntomas antes de los 24 meses, el 12 % entre los 24 y los 35 meses y el 8 % a los 36 meses o más. En la mayoría de los niños con un desarrollo típico, la gravedad y la frecuencia de los movimientos estereotipados disminuyen con el tiempo. El inicio de estereotipias motoras complejas puede ser en la infancia o más adelante en el período de desarrollo. Entre los individuos con desarrollo intelectual

trastorno, los comportamientos estereotipados de autolesión pueden persistir durante años, aunque la tipografía o el patrón de autolesión pueden cambiar.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El aislamiento social es un factor de riesgo para la autoestimulación que puede progresar a movimientos estereotípicos con autolesiones repetitivas.

El estrés ambiental también puede desencadenar un comportamiento estereotipado. El miedo puede alterar el estado fisiológico, dando como resultado una mayor frecuencia de conductas estereotipadas.

Genético y fisiológico. Se cree que el trastorno de movimientos estereotípicos es algo hereditario debido a la alta frecuencia de casos que tienen antecedentes familiares positivos de estereotipias motoras. La reducción significativa en el volumen del putamen en niños con estereotipias sugiere que distintas vías corticales estriatales asociadas con comportamientos habituales (es decir, circuitos premotores a putamen posteriores) pueden ser el sitio anatómico subyacente en estereotipias motoras complejas. Un funcionamiento cognitivo más bajo está relacionado con un mayor riesgo de conductas estereotipadas y una peor respuesta a las intervenciones.

Los movimientos estereotípicos son más frecuentes entre las personas con un trastorno del desarrollo intelectual de moderado a grave/profundo, que en virtud de un síndrome particular (p. ej., el síndrome de Rett) o un factor ambiental (p. ej., un entorno con una estimulación relativamente insuficiente) parecen estar en una situación más alta. riesgo de estereotipias. El comportamiento auto agresivo repetitivo puede ser un fenotipo conductual en los síndromes neurogenéticos. Por ejemplo, en el síndrome de Lesch Nyhan, hay movimientos distónicos estereotípicos y automutilación de los dedos, morderse los labios y otras formas de autolesión a menos que el individuo esté sujeto, y en el síndrome de Rett y el síndrome de Cornelia de Lange, la autolesión puede resultar de las estereotipias del boca a boca.

Los comportamientos estereotípicos también pueden resultar de una condición médica dolorosa (p. ej., infección del oído medio, problemas dentales, reflujo gastroesofágico).

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los comportamientos estereotípicos repetitivos, con o sin autolesión, se manifiestan de manera variada en muchas culturas. Las actitudes culturales hacia los comportamientos inusuales pueden resultar en un diagnóstico tardío. La tolerancia cultural general y las actitudes hacia el movimiento estereotipado varían y deben ser consideradas.

Diagnóstico diferencial

Desarrollo normal.

Los movimientos estereotípicos simples son comunes en la infancia y la primera infancia. El mecerse puede ocurrir en la transición del sueño a la vigilia, un comportamiento que generalmente se resuelve con la edad. Las estereotipias complejas son menos comunes en los niños con un desarrollo típico y, por lo general, pueden suprimirse mediante distracción o estimulación sensorial. La rutina diaria del individuo rara vez se ve afectada y los movimientos generalmente no causan angustia al niño. El diagnóstico no sería apropiado en estas circunstancias.

Desorden del espectro autista. Los movimientos estereotípicos pueden ser un síntoma de presentación del trastorno del espectro autista y deben tenerse en cuenta cuando se evalúan los movimientos y comportamientos repetitivos. Los déficits de comunicación social y reciprocidad que se manifiestan en el trastorno del espectro autista generalmente están ausentes en el trastorno del movimiento estereotípico y, por lo tanto, la interacción social, la comunicación social y los comportamientos e intereses rígidos y repetitivos son características distintivas. Cuando el trastorno del espectro autista está presente, el trastorno de movimientos estereotípicos se diagnostica solo cuando hay autolesión o cuando los comportamientos estereotipados son lo suficientemente graves como para convertirse en un foco de tratamiento.

Trastornos de tics. Por lo general, las estereotipias tienen una edad de inicio más temprana (antes de los 3 años) que los tics, que tienen una edad media de inicio de 4 a 6 años. También son consistentes y fijos en su patrón o topografía en comparación con los tics, que son variables en su presentación,

típicamente cambiando de carácter con el tiempo. Las estereotipias pueden afectar los brazos, las manos o todo el cuerpo, mientras que los tics suelen afectar los ojos, la cara, la cabeza y los hombros. Las estereotipias son más fijas, rítmicas y de duración prolongada que los tics, que, por lo general, son breves, rápidos, aleatorios y fluctuantes. Las estereotipias son egosintónicas (los niños las disfrutan) a diferencia de los tics, que suelen ser egodistónicos. Los tics aumentan y disminuyen en el lugar y el tiempo y se asocian únicamente con el impulso premonitorio (una sensación física que precede a muchos movimientos de tic). Los tics y los movimientos estereotípicos se reducen con la distracción.

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. El trastorno de movimientos estereotípicos se distingue del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) por la ausencia de

obsesiones, así como por la naturaleza de los comportamientos repetitivos. En el TOC, el individuo se siente impulsado a realizar comportamientos repetitivos en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse con rigidez, mientras que en el trastorno de movimientos estereotípicos los comportamientos son aparentemente motivados pero aparentemente sin propósito. La tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello) y el trastorno de excoriación (pellizcarse la piel) se caracterizan por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo (es decir, arrancarse el cabello y pellizcarse la piel) que pueden ser aparentemente motivados pero que aparentemente no carecen de propósito y que pueden no tener un patrón. o rítmica. Además, el inicio de la tricotilomanía y el trastorno de excoriación no suele ocurrir en el período de desarrollo temprano, sino alrededor de la pubertad o más tarde.

Otras condiciones neurológicas y médicas. El diagnóstico de movimientos estereotípicos requiere la exclusión de hábitos, manierismos, discinesias paroxísticas y corea hereditaria benigna. Se requieren una historia y un examen neurológicos para evaluar las características sugestivas de otros trastornos, como mioclonías, distonía, tics y corea. Los movimientos involuntarios asociados con una condición neurológica pueden distinguirse por sus signos y síntomas. Por ejemplo, los movimientos estereotípicos repetitivos en la discinesia tardía pueden distinguirse por antecedentes de uso crónico de neurolépticos y discinesia oral o facial característica o movimientos irregulares del tronco o de las extremidades. Este tipo de movimientos no resultan en autolesiones.

Las estereotipias son una manifestación común de una variedad de trastornos neurogenéticos, como el síndrome de Lesch-Nyhan, el síndrome de Rett, el síndrome de X frágil, el síndrome de Cornelia de Lange y el síndrome de Smith-Magenis. Para el trastorno de movimientos estereotipados que está asociado con una afección genética u otra médica conocida, un trastorno del neurodesarrollo o un factor ambiental, registre el trastorno de movimientos estereotipados asociado con (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno de movimientos estereotipados asociado con Lesch-Nyhan síndrome).

Comportamientos repetitivos inducidos por sustancias. Un diagnóstico de trastorno de movimientos estereotípicos no es apropiado para rascarse o rascarse la piel de forma repetitiva asociados con la intoxicación o el abuso de anfetaminas. En tales casos, se aplicaría el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/ medicamentos.

Estereotipias funcionales (conversión).

Los movimientos estereotipados deben distinguirse de los movimientos funcionales (de conversión). El inicio repentino, la distracción, el patrón cambiante con mejoría o agravamiento inexplicable y la coexistencia de otros síntomas del trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) son algunas de las características típicas que ayudan a identificar las estereotipias funcionales.

Comorbilidad Las

comorbilidades comunes en niños con estereotipias motoras crónicas incluyen trastorno por déficit de atención con hiperactividad, problemas de coordinación motora, tics/trastorno de Tourette y ansiedad.

93

Trastornos de tics

Criterios de diagnóstico

Nota: Un tic es un movimiento o vocalización súbita, rápida, recurrente y no rítmica.

Trastorno de Tourette

F95.2

- A. Tanto los tics motores múltiples como uno o más vocales tienen estado presente en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente de manera concurrente.
- B. La frecuencia de los tics puede aumentar y disminuir, pero han persistido durante más de 1 año desde la aparición del primer tic.
- C. El inicio es antes de los 18 años.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

Trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales

F95.1

- A. Se han observado tics motores o vocales únicos o múltiples. presentes durante la enfermedad, pero no tanto motores como vocales.
- B. La frecuencia de los tics puede aumentar y disminuir, pero han persistido durante más de 1 año desde la aparición del primer tic.
- C. El inicio es antes de los 18 años.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).
- E. Nunca se han cumplido los criterios para el trastorno de Tourette.

Especificar si:

Solo con tics motores

Solo con tics vocales

Trastorno de tic provisional

F95.0

- A. Tics motores y/o vocales únicos o múltiples.
- B. Los tics han estado presentes por menos de 1 año desde el primer tic comienzo.
- C. El inicio es antes de los 18 años.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).
- E. Nunca se han cumplido los criterios para el trastorno de Tourette o el trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales.

Especificadores

El especificador “solo tics motores” o “solo tics vocales” solo se requiere para el trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales.

Características diagnósticas

Los trastornos de tics comprenden cinco categorías diagnósticas: trastorno de Tourette, trastorno de tics vocales o motores persistentes (crónicos), trastorno de tics provisional y otros trastornos de tics especificados y no especificados. Diagnóstico de cualquiera de los

trastornos de tics específicos se basa en la presencia de tics motores y/o vocales (Criterio A), la duración de los tics (Criterio B), la edad de inicio (Criterio C) y la ausencia de cualquier causa conocida, como otra afección médica o consumo de sustancias (Criterio D). Los diagnósticos del trastorno de tics están en orden jerárquico (es decir, el trastorno de Tourette, seguido de un trastorno de tic vocal o motor persistente [crónico], seguido de un tic provisional).

94

seguido de los otros trastornos de tics especificados y no especificados).

Una vez que se diagnostica un trastorno de tics en un nivel de la jerarquía, no se puede hacer un diagnóstico de jerarquía inferior (Criterio E).

Los tics suelen ser movimientos o vocalizaciones repentinos, rápidos, recurrentes y no rítmicos. Algunos tics motores pueden ser movimientos de torsión o tensión más lentos que ocurren durante períodos de tiempo variables. Un individuo puede exhibir varios tics a lo largo del tiempo, pero, en cualquier momento, el repertorio de tics puede reaparecer de una manera característica. Aunque los tics pueden incluir casi cualquier grupo muscular o vocalización, ciertos tics, como el parpadeo o el carraspeo, son comunes en todas las poblaciones de pacientes. A menudo hay una sensación incómoda localizada (sensación premonitoria) antes de un tic, y la mayoría de las personas informan una "urgencia" de tic. En consecuencia, los tics generalmente se experimentan como involuntarios, pero algunos tics pueden suprimirse voluntariamente durante períodos de tiempo variables.

La discusión explícita de los tics puede servir como desencadenante. Del mismo modo, observar un gesto o un sonido en otra persona puede dar lugar a que una persona con un trastorno de tic realice un gesto o un sonido similar, que los demás pueden percibir incorrectamente como intencionado. Esto puede ser particularmente problemático cuando el individuo está interactuando con figuras de autoridad que no tienen una comprensión adecuada de los trastornos de tics (p. ej., maestros, supervisores, policía).

Los tics se clasifican clásicamente como simples o complejos. **Los tics motores simples** se caracterizan por la participación limitada de grupos musculares específicos, a menudo son de corta duración y pueden incluir parpadeo, muecas faciales, encogimiento de hombros o extensión de las extremidades. **Los tics vocales simples** incluyen carraspear, olfatear, chirriar, ladear o gruñir, a menudo causados por la contracción del diafragma o los músculos de la orofaringe. **Los tics motores complejos** son de mayor duración y a menudo incluyen una combinación de tics simples

como girar la cabeza y encogerse de hombros simultáneamente. Los tics complejos pueden parecer intencionales, como gestos con la cabeza o movimientos del torso. También pueden incluir imitaciones de los movimientos de otra persona (**ecopraxia**) o gestos sexuales o tabú (**copropraxia**). De manera similar, **los tics vocales complejos** tienen un significado lingüístico (palabras o palabras parciales) y pueden incluir la repetición de los propios sonidos o palabras (**palilalia**), la repetición de la última palabra o frase escuchada (**ecolalia**) o la pronunciación de palabras socialmente inaceptables, incluidas las obscenidades o las expresiones étnicas. calumnias raciales o religiosas (**coprolalia**). Es importante destacar que la coprolalia es un ladrido abrupto y agudo o un gruñido y carece de la prosodia del habla inapropiada similar observada en las interacciones humanas.

La presencia de tics motores y/o vocales varía entre los cinco trastornos de tics (Criterio A). Para el trastorno de Tourette, deben estar presentes tanto los tics motores como los vocales (aunque no necesariamente al mismo tiempo), mientras que para el trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales, solo están presentes los tics motores o vocales. Para el trastorno de tic provisional, pueden estar presentes tics motores y/o vocales. Para otros trastornos de tics especificados o no especificados, los tics o los síntomas similares a los tics se caracterizan mejor como tics pero son atípicos en la presentación o la edad de inicio, o tienen una etiología conocida.

El criterio de duración mínima de 1 año (Criterio B) asegura que las personas diagnosticadas con trastorno de Tourette o trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) han tenido síntomas persistentes. Los tics aumentan y disminuyen en severidad, y algunas personas pueden tener intervalos sin tics de semanas a meses; sin embargo, se consideraría que un individuo que ha tenido tics de más de 1 año de duración desde el inicio del primer tic tiene síntomas persistentes independientemente de los períodos intermitentes sin tics. Para un individuo con tics motores y/o vocales por menos de 1 año desde el inicio del primer tic, se puede considerar un diagnóstico provisional de trastorno de tics. El inicio de los tics debe ocurrir antes de los 18 años (Criterio C). Los trastornos de tics generalmente comienzan en el período prepuberal, con una edad promedio de inicio entre los 4 y los 6 años, y la incidencia de los trastornos de tics de inicio disminuye en los últimos años de la adolescencia. La primera aparición de tics en la edad adulta es extremadamente rara y a menudo se asocia con exposiciones a sustancias ilícitas (p. ej., consumo excesivo de cocaína), es el resultado de una lesión del sistema nervioso central o está relacionada con un trastorno neurológico funcional. Aunque la primera aparición de tics es poco común en adolescentes y adultos, no es raro que los adolescentes y adultos se presenten por un

evaluación diagnóstica inicial y, cuando se evalúa cuidadosamente, proporciona un historial de tics más leves que datan

95

volver a la infancia, incluso si las primeras fases del desarrollo incluyeron períodos libres de tics de meses o años. Los movimientos anormales de primer inicio que sugieren tics que ocurren fuera del rango de edad habitual deben dar lugar a una evaluación de otros trastornos del movimiento, incluidos los movimientos o vocalizaciones complejos similares a los tics funcionales.

Los tics no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica (Criterio D). Cuando hay pruebas sólidas a partir de la anamnesis, la exploración física y/o los resultados de laboratorio que sugieren una causa plausible, próxima y probable de un trastorno de tics, se debe utilizar el diagnóstico de otro trastorno de tics específico.

Haber cumplido previamente los criterios de diagnóstico para el trastorno de Tourette niega un posible diagnóstico de trastorno de tics vocales o motores persistentes (crónicos) (Criterio E). De manera similar, un diagnóstico previo de trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) niega un diagnóstico de trastorno de tics provisional u otro trastorno de tics especificado o no especificado (Criterio E).

Predominio

Los tics son comunes en la infancia pero transitorios en la mayoría de los casos. Una encuesta nacional en los Estados Unidos estimó 3 por 1000 para la prevalencia de casos clínicamente identificados. La frecuencia de casos identificados fue menor entre las personas afroamericanas y latinas, lo que puede estar relacionado con las diferencias en el acceso a la atención. La prevalencia estimada del trastorno de Tourette en Canadá varía de 3 a 9 por 1000 en niños en edad escolar.

A nivel mundial, los hombres se ven más comúnmente afectados que las mujeres, con una proporción que varía de 2:1 a 4:1. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los tics están presentes en niños de todos los continentes, pero las tasas exactas de prevalencia están influenciadas por diferencias metodológicas en la investigación.

Desarrollo y curso

El primer inicio de

los tics suele ser entre los 4 y los 6 años. El parpadeo es muy característico como síntoma inicial. La severidad máxima ocurre entre

edades de 10 y 12 años, con una disminución de la severidad durante la adolescencia. Muchos adultos con trastornos de tics experimentan una disminución de los síntomas. Sin embargo, un porcentaje de personas tendrá síntomas persistentemente graves o que empeorarán en la edad adulta.

Los tics se manifiestan de manera similar en todos los grupos de edad y a lo largo de la vida. Los tics aumentan y disminuyen en severidad (frecuencia e intensidad) y con el tiempo cambian con respecto a los grupos musculares afectados y la naturaleza de las vocalizaciones. Muchas personas, incluidos los niños pequeños, informan que sus tics están asociados con una sensación corporal localizada que precede al tic y un impulso premonitorio de moverse. Puede ser difícil encontrar palabras para describir estas sensaciones e impulsos premonitorios. Los tics asociados con un impulso premonitorio pueden experimentarse como no completamente "involuntarios" en el sentido de que el impulso y el tic pueden resistirse. Un individuo también puede sentir la necesidad de realizar un tic repetidamente o de una manera específica hasta que el individuo sienta que el tic se ha hecho "bien". A menudo hay una sensación de alivio y reducción de la tensión después de la expresión del tic o de una serie de tics.

La vulnerabilidad hacia el desarrollo de condiciones concurrentes cambia a medida que las personas pasan por la edad de riesgo de varias condiciones concurrentes.

Por ejemplo, los niños prepúberes con trastornos de tics tienen más probabilidades de presentar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y un trastorno de ansiedad por separación concurrentes.

Los adolescentes y adultos son más vulnerables a desarrollar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como trastornos por consumo de sustancias.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Al principio del desarrollo del cerebro, se han identificado una serie de factores de riesgo ambientales, incluida la edad paterna avanzada, así como eventos adversos pre y perinatales (p. ej., retraso en el crecimiento fetal, fiebre intraparto materna, tabaquismo materno, estrés psicosocial materno grave, parto prematuro, presentación de nalgas). presentación y parto por cesárea).

Genético y fisiológico. Los factores genéticos influyen en la expresión y la gravedad de los tics. Se estima que la heredabilidad de los trastornos de tics es del 70% al 85%, y no hay diferencias en el riesgo familiar o la heredabilidad entre hombres y mujeres.

hembras Se han identificado alelos de riesgo importantes para el trastorno de Tourette y variantes genéticas raras en familias con trastornos de tics. También se han identificado variantes genéticas comunes. Se comparten entre los trastornos de tics de una manera graduada que se correlaciona con la gravedad de la enfermedad. De hecho, es probable que los trastornos de tics existan a lo largo de un espectro de desarrollo continuo, en función tanto de su fenomenología como de sus antecedentes genéticos.

Los trastornos de tics crónicos han compartido la variación genética con el TOC, el TDAH y otros trastornos del neurodesarrollo, incluido el trastorno del espectro autista. Además, las personas con trastornos de tics tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno autoinmunitario (p. ej., tiroiditis de Hashimoto). Cada vez es más evidente que el sistema inmunitario y la neuroinflamación desempeñan papeles importantes en la patobiología de los tics en al menos un subconjunto de individuos afectados (p. ej., aquellos con corea de Sydenham). Sin embargo, se necesita más trabajo para comprender los fundamentos bioconductuales y el papel causal potencial de las infecciones por otras afecciones neuropsiquiátricas, incluido el síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico y el trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado con infecciones estreptocócicas.

Modificadores de curso. Los tics aumentan con la ansiedad, la excitación y el agotamiento y mejoran durante actividades tranquilas y enfocadas. Por ejemplo, muchas personas suelen tener menos tics cuando realizan tareas que requieren atención concentrada y control motor. Los eventos estresantes/emocionantes (p. ej., hacer un examen, participar en actividades emocionantes) a menudo empeoran los tics.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los trastornos de tics no parecen variar en cuanto a características clínicas, curso o etiología según los antecedentes étnicos, raciales y culturales, pero estos antecedentes pueden afectar la forma en que se perciben y manejan los trastornos de tics en la familia y la comunidad, lo que influye en los patrones de búsqueda de ayuda y opciones de tratamiento, como la edad de presentación en los servicios especializados. Por ejemplo, la distancia social preferida de las personas con trastornos de tics (p. ej., cuando trabajan o estudian juntos) fue mayor en una muestra coreana que en estudios estadounidenses.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Los hombres se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres, pero no hay diferencias de sexo en los tipos de tics, la edad de inicio o el curso. Las mujeres con tics persistentes pueden ser más propensas a experimentar ansiedad y depresión.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Un estudio de cohorte de casos emparejados en Suecia de 1969 a 2013 demostró que las personas con el trastorno de Tourette o un trastorno de tics vocales o motores persistentes (crónicos) tienen un riesgo sustancialmente mayor de intentos de suicidio (odds ratio 3.86) y muerte por suicidio (odds ratio 4,39), incluso después del ajuste por comorbilidades psiquiátricas, en comparación con sujetos de control de la población general emparejados. La persistencia de tics después de la adultez temprana y un intento de suicidio previo fueron los predictores más fuertes de muerte por suicidio. Los datos de casos y controles sugieren que aproximadamente 1 de cada 10 jóvenes con trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales tiene pensamientos y/o conductas suicidas, particularmente en el contexto de ira/frustración y asociado con ansiedad/depresión, problemas sociales o retraimiento, agresión y problemas de internalización, gravedad de los tics y deterioro relacionado.

Consecuencias funcionales de los trastornos de tics

Muchas personas con tics leves a moderados no experimentan angustia ni deterioro en el funcionamiento e incluso pueden no ser conscientes de sus tics. Individuos con más severos

los síntomas generalmente tienen más deterioro en la vida diaria, pero incluso las personas con trastornos de tics moderados o incluso graves pueden funcionar bien. La presencia de una condición coexistente, como TDAH o TOC, puede tener un mayor impacto en el funcionamiento que los tics mismos. Con menos frecuencia, los tics interrumpen el funcionamiento en las actividades diarias y provocan aislamiento social, conflicto interpersonal, victimización entre compañeros, incapacidad para trabajar o ir a la escuela y una menor calidad de vida. A menudo, las personas con tics tienen dificultad para centrar su atención en las tareas relacionadas con el trabajo mientras intentan activamente suprimir sus tics. El individuo también puede experimentar angustia psicológica sustancial e incluso pensamientos suicidas. Complicaciones raras de

El trastorno de Tourette incluye lesiones físicas, como lesiones oculares (por golpearse uno mismo en la cara) y lesiones ortopédicas y neurológicas (p. ej., enfermedad del disco relacionada con movimientos forzados de la cabeza y el cuello).

Diagnóstico diferencial

Movimientos anormales que pueden acompañar a otras condiciones médicas, incluidos otros trastornos del movimiento.

Las estereotipias motoras se definen como movimientos involuntarios, rítmicos, repetitivos y predecibles que parecen tener un propósito pero que no tienen una función adaptativa obvia. A menudo son tranquilizadores o placenteros y se detienen con la distracción. Los ejemplos incluyen agitar/girar la mano repetitivamente, agitar el brazo y mover los dedos. Las estereotipias motoras generalmente se pueden diferenciar de los tics en función de la edad de inicio más temprana de los primeros (a menudo antes de los 3 años), la duración prolongada (de segundos a minutos), la forma y ubicación repetitivas y rítmicas, la falta de una sensación o impulso premonitorio y la cesación. con distracción (p. ej., escuchar su nombre o ser tocado). **La corea** representa acciones rápidas, aleatorias, continuas, abruptas, irregulares, impredecibles y no estereotipadas que suelen ser bilaterales y afectan todas las partes del cuerpo (es decir, la cara, el tronco y las extremidades). El momento, la dirección y la distribución de los movimientos varían de un momento a otro, y los movimientos suelen empeorar durante el intento de acción voluntaria. **La distonía** es la contracción sostenida simultánea de los músculos agonistas y antagonistas, lo que resulta en una postura o movimiento distorsionado de partes del cuerpo.

Las posturas distónicas a menudo se desencadenan por intentos de movimientos voluntarios y no se observan durante el sueño.

Discinesias paroxísticas. Las discinesias paroxísticas se caracterizan por movimientos distónicos o coreoatetoides involuntarios episódicos que son precipitados por el movimiento voluntario o el esfuerzo y, con menos frecuencia, surgen de la actividad de fondo normal.

mioclonia. El mioclonio se caracteriza por un movimiento unidireccional repentino que a menudo no es rítmico. Puede empeorar con el movimiento y ocurrir durante el sueño. El mioclonio se diferencia de los tics por su rapidez, falta de capacidad de supresión y ausencia de una sensación o urgencia premonitoria.

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados diferenciar las compulsiones en EI TOC por tics complejos puede ser difícil, especialmente porque con frecuencia

coexisten en el mismo individuo. Las compulsiones del TOC tienen como objetivo prevenir o reducir la ansiedad o la angustia y, por lo general, se realizan en respuesta a una obsesión (p. ej., miedo a la contaminación). Por el contrario, muchas personas con un trastorno de tic sienten la necesidad de realizar la acción de una manera particular, por igual en ambos lados del cuerpo un cierto número de veces o hasta que se logra una sensación "perfecta". Los trastornos de comportamiento repetitivo centrados en el cuerpo (es decir, jalarse el pelo, pellizcarse la piel, morderse las uñas de manera persistente) están más dirigidos a objetivos y son más complejos que los tics.

Trastorno de tic funcional. También se deben considerar los trastornos funcionales cuando un individuo presenta "ataques de tics" que pueden durar períodos prolongados que van desde 15 minutos hasta varias horas.

comorbilidad

Se ha descrito que muchas afecciones médicas y psiquiátricas coexisten con los trastornos de tics, y el TDAH, el comportamiento perturbador y el TOC y los trastornos relacionados son particularmente importantes.

98

común. Los niños con TDAH pueden mostrar un comportamiento disruptivo, inmadurez social y dificultades de aprendizaje que pueden interferir con el progreso académico y las relaciones interpersonales y provocar un deterioro mayor que el causado por un trastorno de tics. Los síntomas obsesivo-compulsivos observados en los trastornos de tics tienden a tener un inicio más temprano y, a menudo, se caracterizan por una necesidad de simetría y exactitud y/o pensamientos prohibidos o tabú (p. ej., obsesiones agresivas, sexuales o religiosas y compulsiones relacionadas). Las personas con trastornos de tics también pueden tener otros trastornos del movimiento (p. ej., corea de Sydenham, trastorno del movimiento estereotípico) y otras afecciones psiquiátricas y del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista y el trastorno específico del aprendizaje. Como se señaló anteriormente, los adolescentes y adultos con un trastorno de tics tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno del estado de ánimo, ansiedad o abuso de sustancias.

Otro trastorno de tics especificado

F95.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para un trastorno de tics o cualquiera de los trastornos en el Clase diagnóstica de trastornos del neurodesarrollo. La categoría de otro trastorno de tic especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de tic o cualquier trastorno específico del neurodesarrollo. Esto se hace registrando "otro trastorno de tic especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "con inicio después de los 18 años").

Trastorno de tics no especificado

F95.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para un trastorno de tics o para cualquiera de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos del neurodesarrollo. La categoría de trastorno de tics no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno de tics o para un trastorno del neurodesarrollo específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. .

Otros trastornos del neurodesarrollo

Otro neurodesarrollo especificado Trastorno

F88

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del neurodesarrollo que provoca un deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos del neurodesarrollo. La categoría de otro trastorno del neurodesarrollo especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno del neurodesarrollo específico.

Esto se hace registrando "otro trastorno del neurodesarrollo especificado" seguido de una razón específica (por ej., por el "trastorno del neurodesarrollo asociado con la exposición prenatal al alcohol")

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar utilizando la designación "otro especificado" es el siguiente:

Trastorno del neurodesarrollo asociado con la exposición prenatal al alcohol: El trastorno del neurodesarrollo asociado con la exposición prenatal al alcohol se caracteriza por una variedad de discapacidades del desarrollo luego de la exposición al alcohol en el útero.

Trastorno del neurodesarrollo no especificado

F89

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del neurodesarrollo que provoca un deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos del neurodesarrollo. La categoría de trastorno del neurodesarrollo no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno del neurodesarrollo específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. configuración de la habitación).

Espectro de esquizofrenia y otros Desórdenes psicóticos

El espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos incluyen la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado (habla), comportamiento motor anormal o muy desorganizado (incluida la catatonía) y síntomas negativos.

Características clave que definen al psicótico

Trastornos

Alucinaciones

Los delirios son creencias fijas que no se pueden cambiar a la luz de pruebas contradictorias. Su contenido puede incluir una variedad de temas (p. ej., persecutorio, referencial, somático, religioso, grandioso). **Las ideas delirantes persecutorias** (es decir, la creencia de que un individuo, organización u otro grupo va a dañar, acosar, etc.) son las más comunes.

Los delirios referenciales (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales ambientales, etc., están dirigidos a uno mismo) también son comunes. También se observan **delirios** de grandeza (es decir, cuando un individuo cree que tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y **delirios erotomaníacos** (es decir, cuando un individuo cree falsamente que otra persona está enamorada de él o ella). Los **delirios nihilistas** implican la convicción de que ocurrirá una gran catástrofe, y **los delirios somáticos** se centran en preocupaciones relacionadas con la salud y la función de los órganos.

Los delirios se consideran **extraños** si son claramente inverosímiles y no comprensibles para los compañeros de la misma cultura y no se derivan de experiencias de la vida ordinaria. Un ejemplo de un delirio bizarro es la creencia de que una fuerza externa le quitó los órganos internos y los reemplazó con los órganos de otra persona sin dejar heridas ni cicatrices. Un ejemplo de un delirio no extraño es la creencia de que uno está siendo vigilado por la policía, a pesar de la falta de pruebas convincentes. Los delirios que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo generalmente se consideran extraños; estos incluyen la creencia de que los pensamientos de uno han sido "eliminados" por alguna fuerza externa (**retirada de pensamientos**), que pensamientos extraños han sido puestos en la mente de uno (**inserción de pensamientos**), o que el cuerpo o las acciones de uno están siendo manipulados o actuados por alguien externo. fuerza (**delirios de control**).

La distinción entre una idea delirante y una idea fuertemente sostenida es a veces difícil de determinar y depende en parte del grado de convicción con el que se sostenga la creencia a pesar de la evidencia contradictoria clara o razonable con respecto a su veracidad. La evaluación de las ideas delirantes en individuos de una variedad de orígenes culturales puede ser difícil. Algunas creencias religiosas y sobrenaturales (p. ej., el mal de ojo, causar enfermedades a través de maldiciones, la influencia de los espíritus) pueden verse como extrañas y posiblemente delirantes en algunos contextos culturales, pero generalmente se aceptan en otros.

Sin embargo, la religiosidad elevada puede ser una característica de muchas presentaciones de psicosis.

Las personas que han experimentado tortura, violencia política o discriminación pueden informar temores que pueden ser juzgados erróneamente como delirios de persecución; estos pueden representar en cambio temores intensos de recurrencia o síntomas postraumáticos. Una evaluación cuidadosa de si el

los temores de la persona están justificados dada la naturaleza del trauma puede ayudar a diferenciar los temores apropiados de las ideas delirantes de persecución.

alucinaciones

Las **alucinaciones** son experiencias similares a la percepción que ocurren sin un estímulo externo. Son vívidos y claros, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están bajo control voluntario. Pueden ocurrir en

cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas generalmente se experimentan como voces, ya sean familiares o desconocidas, que se perciben como distintas de los propios pensamientos del individuo. Las alucinaciones deben ocurrir en el contexto de un sensorio claro; los que ocurren mientras se duerme (**hipnagógico**) o se despierta (**hipnopómico**) se consideran dentro del rango de experiencia normal. Las alucinaciones pueden ser una parte normal de la experiencia religiosa en ciertos contextos culturales.

Pensamiento desorganizado (habla)

El pensamiento desorganizado (trastorno del pensamiento formal) generalmente se infiere del habla del individuo. El individuo puede cambiar de un tema a otro (**descarrilamiento o asociaciones sueltas**). Las respuestas a las preguntas pueden estar oblicuamente relacionadas o no tener ninguna relación (**tangencialidad**). En raras ocasiones, el habla puede estar tan gravemente desorganizada que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (**incoherencia** o "ensalada de palabras"). Debido a que el habla levemente desorganizada es común e inespecífica, el síntoma debe ser lo suficientemente grave como para afectar sustancialmente la comunicación efectiva. La gravedad de la deficiencia puede ser difícil de evaluar si la persona que hace el diagnóstico tiene un origen lingüístico diferente al de la persona examinada. Por ejemplo, algunos grupos religiosos practican la glosolalia ("hablar en lenguas"); otros describen experiencias de trance de posesión (estados de trance en los que la identidad personal es reemplazada por una identidad de posesión externa). Estos fenómenos se caracterizan por un habla desorganizada. Estos casos no representan signos de psicosis a menos que estén acompañados de otros síntomas claramente psicóticos. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede ocurrir una desorganización del pensamiento o del habla menos grave.

Comportamiento motor muy desorganizado o anormal (incluida la catatonia)

El comportamiento motor extremadamente desorganizado o anormal puede manifestarse en una variedad de formas, que van desde la "tontería" infantil hasta la agitación impredecible. Los problemas se pueden notar en cualquier forma de comportamiento dirigido a un objetivo, lo que lleva a dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

El comportamiento catatónico es una marcada disminución de la reactividad al medio ambiente. Esto va desde la resistencia a las instrucciones (**negativismo**); a mantener una postura rígida, inapropiada o extraña; a una completa falta de respuestas verbales y motoras (**mutismo** y **estupor**). También puede incluir actividad motora excesiva y sin propósito sin causa obvia (**excitación catatónica**). Otras características son movimientos estereotipados repetidos, miradas fijas, muecas y el eco del habla. Aunque históricamente la catatonía se ha asociado con la esquizofrenia, los síntomas catáticos son inespecíficos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales (p. ej., trastorno bipolar o depresivo con catatonía) y en condiciones médicas (trastorno catatónico debido a otra condición médica).

Síntomas negativos Los

síntomas negativos representan una parte sustancial de la morbilidad asociada con la esquizofrenia, pero son menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos síntomas negativos son particularmente prominentes en la esquizofrenia: disminución de la expresión emocional y abulia. La **expresión emocional disminuida** incluye reducciones en la expresión de emociones en el

103

cara, contacto visual, entonación del habla (prosodia) y movimientos de la mano, la cabeza y la cara que normalmente le dan un énfasis emocional al habla.

La avolición es una disminución en las actividades intencionales motivadas e iniciadas por uno mismo. El individuo puede permanecer sentado durante largos períodos de tiempo y mostrar poco interés en participar en actividades laborales o sociales. Otros síntomas negativos incluyen alogia, anhedonia y asocialidad. **La alogia** se manifiesta por una salida del habla disminuida. **La anhedonia** es la disminución de la capacidad de experimentar placer. Las personas con esquizofrenia aún pueden disfrutar de una actividad placentera en el momento y pueden recordarla, pero muestran una reducción en la frecuencia de participar en actividades placenteras. **La asocialidad** se refiere a la aparente falta de interés en las interacciones sociales y puede estar asociada con la abulia, pero también puede ser una manifestación de oportunidades limitadas para las interacciones sociales.

Trastornos en este capítulo Este capítulo

está organizado a lo largo de un gradiente de psicopatología. Los médicos primero deben considerar las condiciones que no alcanzan los criterios completos para un trastorno psicótico o que se limitan a un dominio de la psicopatología. Entonces deberían considerar condiciones de tiempo limitado. Finalmente, el diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia requiere la exclusión de otra condición que pueda dar lugar a una psicosis.

El trastorno esquizotípico de la personalidad se destaca en este capítulo ya que se considera dentro del espectro de la esquizofrenia, aunque su descripción completa se encuentra en el capítulo "Trastornos de la personalidad". El diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad capta un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales, incluida la capacidad reducida para las relaciones cercanas; distorsiones cognitivas o perceptivas; y excentricidades de comportamiento, que generalmente comienzan en la edad adulta temprana, pero en algunos casos se manifiestan por primera vez en la niñez y la adolescencia. Las anomalías de las creencias, el pensamiento y la percepción están por debajo del umbral para el diagnóstico de un trastorno psicótico.

Dos condiciones se definen por anomalías limitadas a un dominio de la psicosis: delirios o catatonia. El trastorno delirante se caracteriza por al menos 1 mes de delirios pero sin otros síntomas psicóticos. La catatonia se describe más adelante en el capítulo y más adelante en esta discusión.

El trastorno psicótico breve dura más de 1 día y remite en 1 mes.

El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la de la esquizofrenia excepto por su duración (menos de 6 meses) y la ausencia de un requisito para una disminución del funcionamiento.

La esquizofrenia dura al menos 6 meses e incluye al menos 1 mes de síntomas de fase activa. En el trastorno esquizoafectivo, un episodio del estado de ánimo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia ocurren juntos y fueron precedidos o seguidos por al menos 2 semanas de delirios o alucinaciones sin síntomas del estado de ánimo prominentes.

Los trastornos psicóticos pueden ser inducidos por sustancias, medicamentos, toxinas y otras condiciones médicas. En el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, los síntomas psicóticos se consideran una consecuencia fisiológica directa del abuso de una droga, un medicamento o la exposición a una toxina y cesan después de eliminar el agente. En el trastorno psicótico debido a otro médico

condición, los síntomas psicóticos se consideran una consecuencia fisiológica directa de otra condición médica.

La catatonía puede ocurrir en varios trastornos, incluidos los trastornos del neurodesarrollo, psicóticos, bipolares, depresivos y otros trastornos mentales. Este capítulo también incluye los diagnósticos de catatonía asociada con otro trastorno mental (especificador de catatonía), trastorno catatónico debido a otra afección médica y catatonía no especificada, y los criterios diagnósticos para las tres afecciones se describen juntos.

Se incluyen otras del espectro de la esquizofrenia especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos psicóticos específicos, o sintomatología psicótica sobre la que existe información inadecuada o contradictoria.

104

Evaluación de síntomas y fenómenos clínicos relacionados en la psicosis calificados por médicos Los trastornos psicóticos son heterogéneos, y la gravedad de los síntomas puede predecir aspectos importantes de la enfermedad, como el grado de déficit cognitivo o neurobiológico. Para avanzar en el campo, se incluye un marco detallado para la evaluación de la gravedad en la Sección III, "Medidas de evaluación", que puede ayudar con la planificación del tratamiento, la toma de decisiones de pronóstico y la investigación sobre mecanismos fisiopatológicos. La Sección III, "Medidas de evaluación", también contiene evaluaciones dimensionales de los síntomas primarios de la psicosis, que incluyen alucinaciones, delirios, habla desorganizada (excepto para el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno psicótico debido a otra afección médica), comportamiento psicomotor anormal, y síntomas negativos, así como evaluaciones dimensionales de depresión y manía. La gravedad de los síntomas del estado de ánimo en la psicosis tiene valor pronóstico y orienta el tratamiento. Por lo tanto, las evaluaciones dimensionales de la depresión y la manía para todos los trastornos psicóticos alertan a los médicos sobre la patología del estado de ánimo y la necesidad de tratarla cuando corresponda. La escala de la Sección III también incluye una evaluación dimensional de

deterioro cognitivo Muchas personas con trastornos psicóticos tienen deficiencias en una variedad de dominios cognitivos que predicen el estado funcional.

La evaluación neuropsicológica clínica puede ayudar a guiar el diagnóstico y el tratamiento, pero las evaluaciones breves sin una evaluación neuropsicológica formal pueden proporcionar información útil que puede ser suficiente para fines de diagnóstico. Las pruebas neuropsicológicas formales, cuando se realicen, deben ser administradas y calificadas por personal capacitado en el uso de instrumentos de prueba. Si no se lleva a cabo una evaluación neuropsicológica formal, el médico debe utilizar la mejor información disponible para emitir un juicio.

Se necesita más investigación sobre estas evaluaciones para determinar su utilidad clínica; por lo tanto, las evaluaciones disponibles en la Sección III deberían servir como prototipo para estimular dicha investigación.

Consideraciones culturales en la evaluación de los síntomas psicóticos La

precisión diagnóstica y la calidad de la planificación del tratamiento pueden mejorarse mediante enfoques, escalas y herramientas de entrevista que se hayan adaptado o validado para la cultura de la persona y mediante el uso de una entrevista de formulación cultural (consulte la Sección III, " Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico"). La evaluación de la psicosis a través de intérpretes o en un segundo o tercer idioma debe evitar la mala interpretación de metáforas desconocidas como delirios.

Trastorno esquizotípico (personalidad)

Los criterios y el texto para el trastorno esquizotípico de la personalidad se pueden encontrar en el capítulo "Trastornos de la personalidad". Debido a que este trastorno se considera parte del espectro de trastornos de la esquizofrenia y está etiquetado en esta sección de ICD-10 como trastorno esquizotípico, se enumera en este capítulo y se analiza en detalle en el capítulo "Trastornos de la personalidad" del DSM-5.

Desorden delirante

Criterios de diagnóstico

F22

A. La presencia de uno (o más) delirios con una duración de 1 mes o más.

B. Nunca se ha cumplido el criterio A para la esquizofrenia.

Nota: las alucinaciones, si están presentes, no son prominentes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado de insectos asociada con delirios de infestación).

105

C. Aparte del impacto de la(s) idea(s) delirante(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no se ve notablemente afectado y el comportamiento no es obviamente extraño o raro.

D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, estos han sido breves en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Especificar si:

Tipo erotomaníaco: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo.

Tipo grandioso: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener algún gran talento o intuición (pero no reconocido) o haber hecho algún descubrimiento importante.

Tipo celoso: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.

Tipo persecutorio: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio involucra la creencia del individuo de que está siendo conspirado, engañado, espiado,

seguido, envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, acosado u obstruido en la búsqueda de objetivos a largo plazo.

Tipo somático: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio involucra funciones o sensaciones corporales.

Tipo mixto: este subtipo se aplica cuando no predomina un tema delirante.

Tipo no especificado: este subtipo se aplica cuando la creencia delirante dominante no se puede determinar claramente o no se describe en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o de grandiosidad destacado).

Especificar

si: **Con contenido extraño:** Las ideas delirantes se consideran extrañas si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no se derivan de experiencias de la vida cotidiana (p. ej., la creencia de un individuo de que un extraño se ha extirrado sus órganos internos y los ha reemplazado con los órganos de otra persona). sin dejar heridas ni cicatrices).

Especificar

si: Los siguientes especificadores de curso solo se deben usar después de 1 año de duración del trastorno:

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: Primera manifestación del trastorno que cumple los criterios diagnósticos definitorios de síntoma y tiempo. Un **episodio agudo** es un período de tiempo en el que se cumplen los criterios de síntomas.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *La remisión parcial* es un período de tiempo durante el cual se mantiene una mejoría tras un episodio anterior y en el que se cumplen solo parcialmente los criterios definitorios del trastorno.

Primer episodio, actualmente en remisión completa: *la remisión completa* es un período de tiempo después de un episodio anterior durante el cual no hay síntomas específicos del trastorno.

Múltiples episodios, actualmente en episodio agudo

Múltiples episodios, actualmente en remisión parcial

Múltiples episodios, actualmente en remisión completa

Continuo: Los síntomas que cumplen con los criterios de síntomas de diagnóstico del trastorno permanecen durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos de síntomas por debajo del umbral que son muy breves en relación con el curso general.

sin especificar

Especifique la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, que incluyen delirios, alucinaciones, habla desorganizada, alteraciones psicomotoras

106

conducta y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede calificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Consulte Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo "Medidas de evaluación").

Nota: El diagnóstico de trastorno delirante se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Subtipos En

el **tipo erotomaníaco**, el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo. La persona sobre la que se tiene esta convicción suele tener un estatus superior (p. ej., una persona famosa o un superior en el trabajo), pero puede ser un completo extraño. Los esfuerzos para contactar con el objeto del delirio son comunes. En el **tipo grandioso**, el tema central del delirio es la convicción de tener un gran talento o intuición o de haber hecho algún descubrimiento importante. Con menos frecuencia, el individuo puede tener la ilusión de tener una relación especial con un individuo destacado o de ser una persona destacada (en cuyo caso, el individuo real puede ser considerado un impostor). Los delirios de grandeza pueden tener un contenido religioso. En el **tipo celoso**, el tema central del delirio es el de un

pareja infiel. Se llega a esta creencia sin causa justificada y se basa en inferencias incorrectas respaldadas por pequeños fragmentos de "evidencia" (p. ej., ropa desordenada). El individuo con el delirio por lo general confronta al cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginada. En el **tipo persecutorio**, el tema central del delirio involucra la creencia del individuo de ser conspirado, engañado, espiado, seguido, envenenado, calumniado maliciosamente, acosado u obstruido en la búsqueda de objetivos a largo plazo. Los pequeños deseos pueden ser exagerados y convertirse en el foco de un sistema delirante. El individuo afectado puede involucrarse en repetidos intentos de obtener satisfacción mediante acciones legales o legislativas. Las personas con delirios de persecución a menudo están resentidas y enojadas y pueden recurrir a la violencia contra quienes creen que las están lastimando. En el **tipo somático**, el tema central del delirio involucra funciones o sensaciones corporales. Los delirios somáticos pueden presentarse de varias formas. Lo más común es la creencia de que el individuo emite un mal olor; que hay una infestación de insectos sobre o dentro de la piel; que hay un parásito interno; o que partes del cuerpo no funcionan.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes (Criterio A). No se da un diagnóstico de trastorno delirante si el individuo alguna vez ha tenido una presentación de síntomas que cumplió con el Criterio A para la esquizofrenia (Criterio B). Aparte del impacto directo de las ideas delirantes, las alteraciones en el funcionamiento psicosocial pueden estar más circunscritas que las que se observan en otros trastornos psicóticos como la esquizofrenia, y el comportamiento no es obviamente extraño o raro (Criterio C). Si los episodios del estado de ánimo ocurren simultáneamente con las ideas delirantes, la duración total de estos episodios del estado de ánimo es breve en relación con la duración total de los períodos delirantes (Criterio D). Las ideas delirantes no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., la cocaína) u otra afección médica (p. ej., la enfermedad de Alzheimer) y no se explican mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo (Criterio E).

Además de los delirios identificados en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital.

por hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Mientras que los delirios son una condición sine qua non del trastorno delirante, las alucinaciones y los síntomas negativos son poco comunes y la desorganización es rara. Por definición, la presencia de catatonia junto con delirios descarta el trastorno delirante, porque se cumpliría el Criterio A para la esquizofrenia. Un subconjunto de casos tiene síntomas depresivos prominentes, pero rara vez se demuestra deterioro cognitivo y manía.

107

Funciones asociadas

Los problemas sociales, maritales o laborales pueden resultar de las creencias delirantes del trastorno delirante. Los individuos con trastorno delirante pueden ser capaces de describir objetivamente que los demás ven sus creencias como irrationales, pero no pueden aceptarlo por sí mismos (es decir, puede haber una “intuición fáctica”, pero no una intuición verdadera). Muchas personas desarrollan un estado de ánimo irritable o disfórico, que a veces puede entenderse como una reacción a sus creencias delirantes. La ira y el comportamiento violento pueden ocurrir con tipos persecutorios, celosos y erotomaníacos. El individuo puede involucrarse en un comportamiento litigioso o antagónico (p. ej., enviar cientos de cartas de protesta al gobierno). Pueden ocurrir dificultades legales, particularmente en los tipos celoso y erotomaníaco.

Predominio

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno delirante se ha estimado en torno al 0,2 % en una muestra finlandesa, y el subtipo más frecuente es el persecutorio.

El trastorno delirante, tipo celoso, es probablemente más común en hombres que en mujeres, pero no hay diferencias importantes de sexo o género en la frecuencia general del trastorno delirante o en el contenido de los delirios.

Desarrollo y curso En promedio, el

funcionamiento global es generalmente mejor que el observado en la esquizofrenia. Aunque el diagnóstico es generalmente estable, una proporción de personas desarrollan esquizofrenia. Mientras que aproximadamente un tercio de las personas con trastorno delirante de 1 a 3 meses de duración posteriormente

reciben un diagnóstico de esquizofrenia, es mucho menos probable que cambie el diagnóstico de trastorno delirante si la duración del trastorno es mayor de 6 a 12 meses. Aunque el trastorno delirante puede ocurrir en grupos de edad más jóvenes, puede ser más frecuente en personas mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos.

El trastorno delirante tiene una importante relación familiar tanto con la esquizofrenia como con el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Se deben tener en cuenta los antecedentes culturales y religiosos de un individuo al evaluar la posible presencia de un trastorno delirante; de hecho, algunas creencias tradicionales desconocidas para las culturas occidentales pueden etiquetarse erróneamente como delirantes, por lo que su contexto debe evaluarse cuidadosamente. La naturaleza y el contenido de los delirios también varían entre los diferentes grupos culturales.

Consecuencias funcionales del trastorno delirante

El deterioro funcional suele ser más circunscrito que el que se observa con otros trastornos psicóticos, aunque en algunos casos, el deterioro puede ser sustancial e incluir un funcionamiento ocupacional deficiente y aislamiento social. Cuando existe un funcionamiento psicosocial deficiente, las propias creencias delirantes a menudo desempeñan un papel importante. Una característica común de las personas con trastorno delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y apariencia cuando no se discuten ni se actúa sobre sus ideas delirantes. Los hombres con trastorno delirante generalmente tienen síntomas más graves y peores resultados funcionales en comparación con las mujeres.

Diagnóstico diferencial

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados

Si un individuo con trastorno obsesivo compulsivo está completamente convencido de que sus creencias sobre el trastorno obsesivo compulsivo son verdaderas, entonces el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, con ausencia de introspección/delirante

especificador de creencias, debe darse en lugar de un diagnóstico de trastorno delirante. De manera similar, si una persona con trastorno dismórfico corporal está completamente convencida de que sus creencias sobre el trastorno dismórfico corporal son verdaderas, entonces se debe dar el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal, con el especificador de ausencia de introspección/creencias delirantes, en lugar de un diagnóstico de trastorno delirante.

Delirio, trastorno neurocognitivo mayor y trastorno psicótico debido a otra afección médica.

Las personas con estos trastornos pueden presentar síntomas que sugieren un trastorno delirante. Por ejemplo, los delirios de persecución simples en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor se diagnosticarían como un trastorno neurocognitivo mayor, con alteración del comportamiento.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos transversalmente puede ser idéntico en sintomatología al trastorno delirante, pero puede distinguirse por la relación cronológica del consumo de sustancias con el inicio y la remisión de las creencias delirantes.

Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme. El trastorno delirante puede distinguirse de la esquizofrenia y del trastorno esquizofreniforme por la ausencia de los otros síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia. Además, la calidad de los delirios puede ayudar a distinguir entre la esquizofrenia y el trastorno delirante. En la esquizofrenia, los delirios muestran una mayor desorganización (el grado en que los delirios son internamente consistentes, lógicos y sistematizados), mientras que en el trastorno delirante muestran una mayor convicción (el grado en que el individuo está convencido de la realidad del delirio), mayor extensión (el grado en que el delirio involucra varias áreas de la vida del individuo), y mayor presión (el grado en que el individuo está preocupado por el delirio expresado).

Trastornos depresivos y bipolares y trastorno esquizoafectivo. Estos trastornos pueden distinguirse del trastorno delirante por la relación temporal entre la alteración del estado de ánimo y las ideas delirantes y por la gravedad de los síntomas del estado de ánimo. Si las ideas delirantes ocurren exclusivamente durante los episodios del estado de ánimo, el diagnóstico es depresión mayor o trastorno bipolar, con características psicóticas.

Los síntomas del estado de ánimo que cumplen todos los criterios para un episodio del estado de ánimo pueden ser

superpuesto al trastorno delirante. El trastorno delirante puede diagnosticarse solo si la duración total de todos los episodios del estado de ánimo sigue siendo breve en relación con la duración total del trastorno delirante. De lo contrario, es apropiado un diagnóstico de otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico acompañado de otro trastorno depresivo especificado, trastorno depresivo no especificado, otro trastorno bipolar y relacionado especificado, o trastorno bipolar y relacionado no especificado.

Trastorno psicótico breve

Criterios de diagnóstico

F23

A. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas. Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., frecuentes descarrilamientos o incoherencia).
4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.

Nota: No incluya un síntoma si es una respuesta sancionada culturalmente.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día pero menos de 1 mes, con un retorno total al final al nivel de funcionamiento premórbido.

109

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como la esquizofrenia o la catatonía, y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o otra condición médica.

Especificar

si: **Con estresor(es) marcado(s)** (psicosis reactiva breve): si los síntomas ocurren en respuesta a eventos que, por separado o en conjunto, serían marcadamente estresantes para casi cualquier persona en circunstancias similares en la cultura del individuo.

Sin factor(es) estresante(s) marcado(s): si los síntomas no ocurren en respuesta a eventos que, por sí solos o en conjunto, serían marcadamente estresantes para casi cualquier persona en circunstancias similares en la cultura del individuo.

Con inicio periparto: si el inicio es durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto.

Especifique

si: **Con catatonía** (consulte los criterios para la catatonía asociada con otro trastorno mental, p. 135, para obtener una definición).

Nota de codificación: use el código adicional F06.1 catatonia asociada con un trastorno psicótico breve para indicar la presencia de catatonia comórbida.

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede calificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Consulte Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo "Medidas de evaluación").

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico breve se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Características

diagnósticas La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que implica al menos uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: delirios, alucinaciones, habla desorganizada (p. ej., descarrilamiento frecuente o

incoherencia), o comportamiento psicomotor gravemente anormal, incluida la catatonía (Criterio A). Un episodio de la perturbación dura al menos un día pero menos de un mes, y el individuo finalmente regresa por completo al nivel de funcionamiento premórbido (Criterio B). El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, por un trastorno esquizoafectivo o por esquizofrenia y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un alucinógeno) u otra afección médica (p. ej., hematoma subdural) (Criterio C).

Además de las cuatro áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno psicótico breve suelen experimentar agitación emocional o una confusión abrumadora. Pueden tener cambios rápidos de un afecto intenso a otro. Aunque la perturbación es breve, el nivel de deterioro puede ser grave y puede ser necesaria la supervisión para garantizar que se satisfagan las necesidades nutricionales e higiénicas y que el individuo esté protegido de las consecuencias de la falta de juicio, el deterioro cognitivo o actuar sobre la base de alucinaciones. Parece haber un mayor riesgo de comportamiento suicida, particularmente durante el episodio agudo.

110

Predominio

El trastorno psicótico breve puede representar del 2% al 7% de los casos de psicosis de inicio en varios países.

Desarrollo y curso El trastorno

psicótico breve puede aparecer en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, y el inicio puede ocurrir a lo largo de la vida, con una edad promedio de inicio a mediados de los 30 años. Por definición, un diagnóstico de trastorno psicótico breve requiere una remisión completa de todos los síntomas y un eventual retorno completo al nivel de funcionamiento premórbido dentro de 1 mes del inicio de la alteración. En algunos

individuos, la duración de los síntomas psicóticos puede ser bastante breve (p. ej., unos pocos días).

Aunque el trastorno psicótico breve por definición alcanza una remisión completa en 1 mes, posteriormente más del 50% de los individuos experimentan una recaída. A pesar de la posibilidad de recaída, para la mayoría de las personas, el resultado es favorable en términos de funcionamiento social y sintomatología.

En menos de la mitad de los casos diagnosticados con trastorno psicótico breve según el DSM-IV o trastorno psicótico agudo y transitorio según la CIE-10, el diagnóstico cambia, más a menudo a trastornos del espectro de la esquizofrenia y con menos frecuencia a trastornos afectivos u otros trastornos psicóticos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Es importante distinguir los síntomas del trastorno psicótico breve de los patrones de respuesta sancionados culturalmente. Por ejemplo, en algunas ceremonias religiosas, un individuo puede informar que escucha voces, pero estas generalmente no persisten y la mayoría de los miembros de la comunidad del individuo no las perciben como anormales. En una amplia gama de contextos culturales, sería común o esperado que los familiares en duelo escucharan, vieran o interactuaran con el espíritu de un ser querido recientemente fallecido sin secuelas patológicas notables. Además, se deben tener en cuenta los antecedentes culturales y religiosos al considerar si las creencias son delirantes.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas.

Una variedad de condiciones médicas pueden manifestarse con síntomas psicóticos de corta duración. El trastorno psicótico debido a otra afección médica o un delirio se diagnostica cuando hay evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o las pruebas de laboratorio de que las ideas delirantes o las alucinaciones son la consecuencia fisiológica directa de una afección médica específica (p. ej., síndrome de Cushing, tumor cerebral) (ver “Trastorno psicótico debido a otra condición médica” más adelante en este capítulo). el trastorno psicótico, el delirio inducido por

Trastornos relacionados con sustancias: Inducida por sustancias/medicamentos sustancias y la intoxicación por sustancias se distinguen del trastorno psicótico breve por el hecho de que se considera que una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, exposición a una toxina) está etiológicamente relacionada con los síntomas psicóticos (ver a

“Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos” más adelante en este capítulo). Las pruebas de laboratorio, como una prueba de detección de drogas en orina o un nivel de alcohol en sangre, pueden ser útiles para hacer esta determinación, al igual que un historial cuidadoso de uso de sustancias con atención a las relaciones temporales entre la ingesta de sustancias y el inicio de los síntomas y la naturaleza de los mismos. sustancia que se utiliza.

Trastornos depresivos y bipolares. El diagnóstico de trastorno psicótico breve no se puede hacer si los síntomas psicóticos se explican mejor por un episodio del estado de ánimo (es decir, los síntomas psicóticos ocurren exclusivamente durante un episodio depresivo mayor completo, maníaco o mixto).

Otros trastornos psicóticos. Si los síntomas psicóticos persisten durante 1 mes o más, el diagnóstico es trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno depresivo con características psicóticas, trastorno bipolar con características psicóticas u otro trastorno específico o

111

espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico, dependiendo de los otros síntomas en la presentación. El diagnóstico diferencial entre el trastorno psicótico breve y el trastorno esquizofreniforme es difícil cuando los síntomas psicóticos han remitido antes de 1 mes en respuesta al tratamiento exitoso con medicamentos. Se debe prestar especial atención a la posibilidad de que un trastorno recurrente (p. ej., trastorno bipolar, exacerbaciones agudas recurrentes de esquizofrenia) pueda ser responsable de cualquier episodio psicótico recurrente.

Trastornos de simulación y ficticios. Un episodio de trastorno ficticio con signos y síntomas predominantemente psicológicos puede tener la apariencia de un trastorno psicótico breve, pero en tales casos hay evidencia de que los síntomas se producen intencionalmente. Cuando la simulación involucra síntomas aparentemente psicóticos, generalmente hay evidencia de que la enfermedad se finge con un objetivo comprensible.

Desorden de personalidad. En ciertos individuos con trastornos de la personalidad, los factores estresantes psicosociales pueden precipitar breves períodos de síntomas psicóticos. Estos síntomas suelen ser transitorios y no justifican un tratamiento por separado.

diagnóstico. Si los síntomas psicóticos persisten durante al menos 1 día, puede ser apropiado un diagnóstico adicional de trastorno psicótico breve.

Trastorno esquizofreniforme

Criterios de diagnóstico

F20.81

- A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa del tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trata con éxito). Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3):
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., frecuentes descarrilamientos o incoherencia).
 4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia).
- B. Un episodio del trastorno dura al menos 1 mes pero menos de 6 meses. Cuando el diagnóstico deba hacerse sin esperar la recuperación, se debe calificar como “provisional”.
- C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes durante una minoría de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

Especificar si:

Con características de buen pronóstico: este especificador requiere la presencia de al menos dos de las siguientes características: inicio de síntomas psicóticos prominentes dentro de las 4 semanas posteriores al primer cambio notable en el comportamiento o funcionamiento habitual; confusión o perplejidad; buen funcionamiento social y ocupacional premórbido; y ausencia de afecto embotado o plano.

Sin características de buen pronóstico: este especificador se aplica si no se han presentado dos o más de las características anteriores.

Especifique

si: **Con catatonía** (consulte los criterios para la catatonía asociada con otro trastorno mental, p. 135, para obtener una definición).

112

Nota de codificación: use el código adicional F06.1 catatonia asociada con el trastorno esquizofreniforme para indicar la presencia de catatonía comórbida.

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede calificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Consulte Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo "Medidas de evaluación").

Nota: el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Nota: Para obtener información adicional sobre características asociadas, desarrollo y curso (factores relacionados con la edad), problemas de diagnóstico relacionados con la cultura, problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, diagnóstico diferencial y comorbilidad, consulte las secciones correspondientes en Esquizofrenia.

Características

diagnósticas Los síntomas característicos del trastorno esquizofreniforme son idénticos a los de la esquizofrenia (Criterio A). El trastorno esquizofreniforme se distingue por su diferente duración: la duración total de la enfermedad, incluidas las fases prodrómica, activa y residual, es de al menos 1 mes pero menos de 6 meses (Criterio B). El requisito de duración para el trastorno esquizofreniforme es intermedio entre el del trastorno psicótico breve, que dura más de 1 día y remite en 1 mes, y la esquizofrenia, que dura al menos 6 meses. El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se hace bajo dos condiciones: 1) cuando un episodio de enfermedad dura entre 1 y 6 meses y el individuo ya se ha recuperado, y 2) cuando un individuo es sintomático por menos de los 6 meses de duración requeridos para el diagnóstico de esquizofrenia pero aún no se ha recuperado. En este caso, el diagnóstico debe anotarse como "trastorno esquizofreniforme (provisional)" porque no está claro si el individuo se recuperará del trastorno dentro del período de 6 meses. Si la alteración persiste más allá de los 6 meses, el diagnóstico debe cambiarse a esquizofrenia.

Otra característica distintiva del trastorno esquizofreniforme es la falta de un criterio que requiera un funcionamiento social y ocupacional deteriorado. Si bien tales deficiencias pueden estar potencialmente presentes, no son necesarias para un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme.

Además de las cinco áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

Al igual que con la esquizofrenia, actualmente no existen pruebas de laboratorio o psicométricas para el trastorno esquizofreniforme. Hay múltiples regiones del cerebro en las que la investigación neurológica, neuropatológica y neurofisiológica ha indicado anomalías, pero ninguna es diagnóstica.

Predominio

Es probable que la incidencia del trastorno esquizofreniforme en los entornos socioculturales sea similar a la observada en la esquizofrenia. En los Estados Unidos y otros países de altos ingresos, la incidencia es baja, posiblemente cinco veces menor que la de la esquizofrenia. En países de bajos ingresos, la incidencia puede ser mayor, especialmente para el especificador “con buenas características de pronóstico”; en algunos de estos entornos, el trastorno esquizofreniforme puede ser tan común como la esquizofrenia.

113

Desarrollo y curso El desarrollo del

trastorno esquizofreniforme es similar al de la esquizofrenia. Alrededor de un tercio de las personas con un diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme (provisional) se recuperan dentro del período de 6 meses y el trastorno esquizofreniforme es su diagnóstico final. La mayoría de los dos tercios restantes de las personas eventualmente recibirán un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos.

Los familiares de personas con trastorno esquizofreniforme tienen un mayor riesgo de esquizofrenia.

Consecuencias funcionales del trastorno esquizofreniforme Para la mayoría

de las personas con trastorno esquizofreniforme que finalmente reciben un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, las consecuencias funcionales son similares a las consecuencias de esos trastornos. La mayoría de las personas experimentan disfunciones en varias áreas del funcionamiento diario, como la escuela o el trabajo, las relaciones interpersonales y el cuidado personal. Las personas que se recuperan del trastorno esquizofreniforme tienen mejores resultados funcionales.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y condiciones médicas.

Una amplia variedad de trastornos mentales y condiciones médicas pueden manifestarse con síntomas psicóticos que deben ser considerados en el diagnóstico diferencial del esquizofreniforme.

trastorno. Estos incluyen trastorno psicótico debido a otra condición médica o su tratamiento; delirio o trastorno neurocognitivo mayor; trastorno psicótico o delirio inducido por sustancias/medicamentos; trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas; trastorno esquizoafectivo; otro trastorno bipolar y relacionado especificado o no especificado; trastorno depresivo mayor o bipolar con características catatónicas; esquizofrenia; desorden delirante; otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico; trastornos de personalidad esquizotípicos, esquizoides o paranoides; desorden del espectro autista; trastornos que se presentan en la niñez con habla desorganizada; desorden hiperactivo y déficit de atención; trastorno obsesivo compulsivo; Trastorno de estrés postraumático; y lesión cerebral traumática.

Dado que los criterios diagnósticos para el trastorno esquizofreniforme y la esquizofrenia difieren principalmente en la duración de la enfermedad, la discusión del diagnóstico diferencial de la esquizofrenia también se aplica al trastorno esquizofreniforme.

Trastorno psicótico breve. El trastorno esquizofreniforme difiere en duración del trastorno psicótico breve, que tiene una duración de menos de 1 mes.

Esquizofrenia

Criterios de diagnóstico

F20.9

- A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa del tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trata con éxito). Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3):
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., frecuentes descarrilamientos o incoherencia).

4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, el nivel de funcionamiento en una o más áreas importantes, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando el inicio es en la niñez o la adolescencia, no se alcanza el nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico u ocupacional).
- C. Los signos continuos de la alteración persisten durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se trata con éxito) que cumplan con el Criterio A (es decir, síntomas de la fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inusuales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoaafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes durante una minoría de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica.
- F. Si hay antecedentes de trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se hace solo si hay delirios o alucinaciones prominentes, además de los otros requeridos.

síntomas de esquizofrenia, también están presentes durante al menos 1 mes (o menos si se trata con éxito).

Especificar

si: Los siguientes especificadores de curso solo deben usarse después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de diagnóstico del curso.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: Primera manifestación del trastorno que cumple los criterios diagnósticos definitorios de síntoma y tiempo. Un **episodio agudo** es un período de tiempo en el que se cumplen los criterios de síntomas.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *La remisión parcial* es un período de tiempo durante el cual se mantiene una mejoría tras un episodio anterior y en el que se cumplen solo parcialmente los criterios definitorios del trastorno.

Primer episodio, actualmente en remisión completa: *la remisión completa* es un período de tiempo después de un episodio anterior durante el cual no hay síntomas específicos del trastorno.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples pueden determinarse después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recaída).

Múltiples episodios, actualmente en remisión parcial

Múltiples episodios, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de síntomas diagnósticos del trastorno permanecen durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos de síntomas subumbrales muy breves en relación con el curso general.

Sin especificar

Especificar si:

Con catatonía (consulte los criterios para la catatonía asociada con otro trastorno mental, p. 135, para obtener una definición).

Nota de codificación: use el código adicional F06.1 catatonia asociada con esquizofrenia para indicar la presencia de

la catatonía comórbida.

115

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede calificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Consulte Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo "Medidas de evaluación").

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Características diagnósticas

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican una variedad de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, pero ningún síntoma por sí solo es patognomónico del trastorno. El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados con el deterioro del funcionamiento social o laboral. Los individuos con el trastorno variarán sustancialmente en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.

Al menos dos síntomas del Criterio A deben estar presentes durante una parte significativa del tiempo durante un período de 1 mes o más. Al menos uno de estos síntomas debe ser la presencia clara de delirios (Criterio A1), alucinaciones (Criterio A2) o habla desorganizada (Criterio A3).

También pueden estar presentes un comportamiento gravemente desorganizado o catatónico (Criterio A4) y síntomas negativos (Criterio A5). En aquellas situaciones en las que los síntomas de la fase activa remiten dentro de un mes en respuesta al tratamiento, el Criterio A aún se cumple si el médico estima que habrían persistido en ausencia del tratamiento.

La esquizofrenia implica deterioro en una o más áreas principales de funcionamiento (Criterio B). Si el trastorno comienza en la niñez o la adolescencia, no se alcanza el nivel esperado de función. Comparando el

una persona con hermanos no afectados puede ser útil. La disfunción persiste durante un período sustancial durante el curso del trastorno y no parece ser el resultado directo de ninguna característica única. La abulia (es decir, un impulso reducido para perseguir un comportamiento dirigido a un objetivo; Criterio A5) está vinculada a la disfunción social descrita en el Criterio B. También hay pruebas sólidas de una relación entre el deterioro cognitivo (consulte la sección "Características asociadas" para este trastorno) y deterioro funcional en individuos con esquizofrenia.

Algunos signos de la alteración deben persistir durante un período continuo de al menos 6 meses (Criterio C). Los síntomas prodrómicos a menudo preceden a la fase activa y los síntomas residuales pueden seguirla, caracterizados por formas leves o subliminales de alucinaciones o delirios. Los individuos pueden expresar una variedad de creencias inusuales o extrañas que no tienen proporciones delirantes (p. ej., ideas de referencia o pensamiento mágico); pueden tener experiencias perceptivas inusuales (p. ej., sentir la presencia de una persona invisible); su discurso puede ser generalmente comprensible pero vago; y su comportamiento puede ser inusual pero no muy desorganizado (p. ej., murmurar en público).

Los síntomas negativos son comunes en las fases prodrómica y residual y pueden ser graves. Las personas que habían sido socialmente activas pueden retirarse de las rutinas anteriores. Estos comportamientos suelen ser el primer signo de un trastorno.

Los síntomas del estado de ánimo y los episodios de estado de ánimo pleno son comunes en la esquizofrenia y pueden coincidir con la sintomatología de la fase activa. Sin embargo, a diferencia de un trastorno psicótico del estado de ánimo, el diagnóstico de esquizofrenia requiere la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de episodios del estado de ánimo. Además, los episodios del estado de ánimo, tomados en total, deberían estar presentes solo durante una minoría de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

Además de las cinco áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

Los individuos con esquizofrenia pueden mostrar un afecto inapropiado (p. ej., reírse en ausencia de un estímulo apropiado); un estado de ánimo disfórico que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o ira; un patrón de sueño alterado (p. ej., sueño diurno y actividad nocturna); y una falta de interés en comer o rechazo de alimentos. Pueden ocurrir despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas que, a veces, alcanzan proporciones delirantes. La ansiedad y las fobias son comunes. Los déficits cognitivos en la esquizofrenia son comunes y están fuertemente vinculados a deficiencias vocacionales y funcionales. Estos déficits pueden incluir disminuciones en la memoria declarativa, la memoria de trabajo, la función del lenguaje y otras funciones ejecutivas, así como una velocidad de procesamiento más lenta. También se encuentran anomalías en el procesamiento sensorial y la capacidad inhibitoria, así como reducciones en la atención. Algunas personas con esquizofrenia muestran déficits de cognición social, incluidos los déficits en la capacidad de inferir las intenciones de otras personas (teoría de la mente), y pueden prestar atención y luego interpretar eventos o estímulos irrelevantes como significativos, lo que tal vez lleve a la generación de delirios explicativos. Estas deficiencias persisten con frecuencia durante la remisión sintomática.

Algunas personas con psicosis pueden carecer de percepción o conciencia de su trastorno (es decir, anosognosia). Esta falta de "percepción" incluye el desconocimiento de los síntomas de la esquizofrenia y puede estar presente durante todo el curso de la enfermedad. El desconocimiento de la enfermedad suele ser un síntoma de la esquizofrenia en sí más que una estrategia de afrontamiento. Es comparable a la falta de conciencia de los déficits neurológicos que siguen al daño cerebral, denominado **anosognosia**. Este síntoma es el predictor más común de falta de adherencia al tratamiento y predice mayores tasas de recaída, mayor número de tratamientos involuntarios, peor funcionamiento psicosocial, agresividad y peor evolución de la enfermedad.

La hostilidad y la agresión pueden estar asociadas con la esquizofrenia, aunque las agresiones espontáneas o aleatorias son poco comunes. La agresión es más frecuente en varones jóvenes y en individuos con antecedentes de violencia, incumplimiento del tratamiento, abuso de sustancias e impulsividad. Cabe señalar que la gran mayoría de las personas con esquizofrenia no son agresivas y son victimizadas con más frecuencia que los individuos de la población general.

Actualmente, no existen pruebas radiológicas, de laboratorio o psicométricas para el trastorno. Las diferencias son evidentes en múltiples regiones del cerebro entre

grupos de personas sanas y personas con esquizofrenia, incluida la evidencia de estudios de neuroimagen, neuropatológicos y neurofisiológicos. Las diferencias también son evidentes en la arquitectura celular, la conectividad de la materia blanca y el volumen de la materia gris en una variedad de regiones, como las cortezas prefrontal y temporal. Se ha observado una reducción del volumen cerebral general, así como una mayor reducción del volumen cerebral con la edad. Las reducciones del volumen cerebral con la edad son más pronunciadas en individuos con esquizofrenia que en individuos sanos. Finalmente, los individuos con esquizofrenia parecen diferir de los individuos sin el trastorno en el seguimiento ocular y los índices electrofisiológicos.

Los signos blandos neurológicos comunes en personas con esquizofrenia incluyen deficiencias en la coordinación motora, la integración sensorial y la secuenciación motora de movimientos complejos; confusión izquierda-derecha; y desinhibición de los movimientos asociados. Además, pueden ocurrir anomalías físicas menores de la cara y las extremidades.

Predominio

La prevalencia estimada de por vida de la esquizofrenia es de aproximadamente 0,3% a 0,7%, con una variación de cinco veces en los metanálisis de encuestas representativas a nivel nacional. Los estudios han demostrado una mayor prevalencia e incidencia de la esquizofrenia para algunos grupos según el estado de migración y refugiados, la urbanidad y el estado económico y la latitud del país. Es importante tener en cuenta que la prevalencia y la incidencia de esquizofrenia informadas pueden verse afectadas por el hecho de que algunos grupos tienen más probabilidades de ser diagnosticados erróneamente o sobrediagnosticados.

La proporción de sexos difiere entre muestras y poblaciones: por ejemplo, las presentaciones con síntomas negativos prominentes y una mayor duración del trastorno (asociadas con un peor resultado) muestran tasas de incidencia más altas para los hombres, mientras que las definiciones que permiten la inclusión de más síntomas del estado de ánimo y presentaciones breves (asociadas con mejor resultado) muestran riesgos equivalentes para ambos性. Un gran estudio mundial, que se basó en una variedad de definiciones de esquizofrenia, no encontró diferencias en la prevalencia entre los sexos.

Desarrollo y curso Las características

psicóticas necesarias para el diagnóstico de esquizofrenia suelen surgir entre los últimos años de la adolescencia y mediados de los 30; el inicio antes de la adolescencia es raro. La edad máxima de inicio ocurre entre principios y mediados de los 20 para los hombres y a finales de los 20 para las mujeres. El inicio puede ser repentino o insidioso, pero la mayoría de las personas manifiestan un desarrollo lento y gradual de una variedad de signos y síntomas clínicamente significativos, particularmente retramiento social, cambios emocionales y cambios cognitivos que producen un deterioro en el desempeño de funciones. La mitad de estos individuos muestran síntomas negativos más prominentes, deterioro cognitivo y, en general, peores resultados funcionales que las mujeres. Los déficits sociocognitivos pueden manifestarse durante el desarrollo y preceder a la aparición de la psicosis, tomando la forma de deficiencias estables durante la edad adulta, refractarias a los medicamentos antipsicóticos.

El curso y el resultado de la esquizofrenia son heterogéneos y el pronóstico es incierto al inicio de la psicosis. Aunque la mayoría de las personas con esquizofrenia siguen siendo vulnerables a la exacerbación de los síntomas psicóticos y es común un curso crónico definido por los síntomas y el deterioro funcional, muchas personas experimentan períodos de remisión e incluso recuperación. Según un metanálisis de 79 estudios longitudinales de primer episodio de psicosis con más de 1 año de seguimiento, la tasa de remisión agrupada (definida cualitativamente como síntomas leves o ausentes durante al menos 6 meses) para el primer episodio de esquizofrenia fue del 56 %. y la tasa de recuperación agrupada (definida cualitativamente como mejoría sintomática y funcional durante más de 2 años) fue del 30 %. Un metanálisis diferente de 50 estudios de personas con esquizofrenia ampliamente definida (es decir, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo o delirante) encontró que la proporción media de personas que cumplían con los criterios de recuperación (como máximo síntomas leves y mejoras en la vida social y/o funcionamiento ocupacional persistente durante al menos 2 años) fue del 13,5%. Hay una tendencia a la reducción de las experiencias psicóticas durante la vejez. Además de la psicosis, el deterioro cognitivo y la patología de síntomas negativos son rasgos centrales de la esquizofrenia, y el curso de estos rasgos característicos es diferente

de la de los síntomas psicóticos positivos. La cognición tiende a declinar durante el desarrollo previo a la psicosis total y es relativamente estable a largo plazo. Los síntomas negativos, si están presentes durante el desarrollo, también tienden a ser rasgos relativamente estables a lo largo del tiempo. Los síntomas negativos que comienzan después del inicio de la psicosis son más variables y pueden reflejar causas secundarias. Se requiere un grado de cronicidad para un diagnóstico de esquizofrenia, y el curso a largo plazo refleja la necesidad de atención de salud mental y apoyo vital en muchas personas. Si bien la esquizofrenia generalmente no es un trastorno neurodegenerativo progresivo, los desafíos de la vida, el estilo de vida cambiante y los síntomas persistentes pueden conducir a una disfunción progresiva en casos crónicos más graves.

Las características esenciales de la esquizofrenia son las mismas en la infancia, pero es más difícil hacer el diagnóstico. En los niños, los delirios y las alucinaciones pueden ser menos elaborados que en los adultos, y las alucinaciones visuales son más comunes y deben distinguirse de los juegos de fantasía normales. El habla desorganizada ocurre en muchos trastornos que comienzan en la infancia (p. ej., trastorno del espectro autista), al igual que el comportamiento desorganizado (p. ej., trastorno por déficit de atención/hiperactividad). Estos síntomas no deben atribuirse a la esquizofrenia.

118

sin la debida consideración de los trastornos más comunes de la infancia.

Los casos de inicio en la niñez tienden a parecerse a los casos de adultos con mala evolución, con un inicio gradual y síntomas negativos prominentes. Los niños que más tarde reciben el diagnóstico de esquizofrenia tienen más probabilidades de haber experimentado trastornos emocionales y conductuales inespecíficos y psicopatología, alteraciones intelectuales y del lenguaje, y retrasos motores sutiles.

Los casos de inicio tardío (es decir, inicio después de los 40 años) están sobrerepresentados por mujeres, que pueden haberse casado. A menudo, el curso se caracteriza por un predominio de síntomas psicóticos con conservación del afecto y el funcionamiento social. Tales casos de inicio tardío aún pueden cumplir con los criterios diagnósticos de esquizofrenia, pero aún no está claro si se trata de la misma condición que la esquizofrenia diagnosticada antes de la mediana edad (p. ej., antes de los 55 años).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La estación de nacimiento se ha relacionado con la incidencia de la esquizofrenia, incluido el final del invierno/principios de la primavera en algunos lugares y el verano para la forma deficitaria de la enfermedad. La incidencia de esquizofrenia y trastornos relacionados puede ser mayor para los niños que crecen en un entorno urbano, para los refugiados, para algunos grupos de inmigrantes y para los grupos socialmente oprimidos que enfrentan discriminación. Existe evidencia de que la privación social, la adversidad social y los factores socioeconómicos pueden estar asociados con mayores tasas de este trastorno. Entre las personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la gravedad de los síntomas positivos y negativos parece estar relacionada con la gravedad de las experiencias infantiles adversas, como el trauma y el abandono. Se han documentado tasas más altas de esquizofrenia para algunos grupos étnicos y racializados cuando viven en áreas con proporciones más bajas de personas de la misma etnia o grupo racializado. Las razones de esto no están del todo claras, pero parecen estar relacionadas con varios factores, incluidos los siguientes: 1) mayores niveles de discriminación o miedo a la discriminación; 2) menos apoyo social y más estigmatización de las personas con esquizofrenia; 3) mayor aislamiento social; y 4) menor disponibilidad y acceso a explicaciones normalizadoras de experiencias perceptivas y creencias anormales reportadas por individuos con alto riesgo de desarrollar esquizofrenia.

Genético y fisiológico. Existe una fuerte contribución de los factores genéticos para determinar el riesgo de esquizofrenia, aunque la mayoría de las personas a las que se les ha diagnosticado esquizofrenia no tienen antecedentes familiares de psicosis. La responsabilidad es conferida por un espectro de alelos de riesgo, comunes y raros, y cada alelo contribuye solo con una pequeña fracción de la variación total de la población. Los alelos de riesgo identificados hasta la fecha también están asociados con otros trastornos mentales, incluidos el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno del espectro autista.

Las complicaciones del embarazo y el parto con hipoxia y mayor edad paterna se asocian con un mayor riesgo de esquizofrenia para el feto en desarrollo. Además, otras adversidades prenatales y perinatales, como el estrés, las infecciones, la desnutrición, la diabetes materna y otras afecciones médicas, se han relacionado con la esquizofrenia. Sin embargo, la gran mayoría de los hijos con estos factores de riesgo no desarrollan esquizofrenia.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura La forma y el contenido de los síntomas de la esquizofrenia pueden variar entre culturas, incluidas las siguientes formas: la proporción relativa de alucinaciones visuales y auditivas (p. ej., mientras que las alucinaciones auditivas tienden a ser más comunes que las alucinaciones visuales en todo el mundo, la proporción relativa de alucinaciones visuales puede ser particularmente mayor en algunas regiones en comparación con otras); el contenido específico de los delirios (p. ej., persecutorios, grandiosos, somáticos) y alucinaciones (p. ej., de mando, abusivos, religiosos); y el nivel de miedo asociado con ellos. Deben tenerse en cuenta los factores culturales y socioeconómicos, especialmente cuando el individuo y el médico no comparten los mismos antecedentes culturales y socioeconómicos. Las ideas que parecen delirantes en un contexto cultural (p. ej., el mal de ojo, causar enfermedades a través de maldiciones, influencias de los espíritus) pueden ser comunes en otros.

119

En algunos contextos culturales, las alucinaciones visuales o auditivas con contenido religioso (p. ej., escuchar la voz de Dios) son una parte normal de la experiencia religiosa. Además, la evaluación del habla desorganizada puede verse dificultada por la variación lingüística en los estilos narrativos entre culturas. La evaluación del afecto requiere sensibilidad a las diferencias en los estilos de expresión emocional, contacto visual y lenguaje corporal, que varían según las culturas. Si la evaluación se lleva a cabo en un idioma que es diferente del idioma principal del individuo, se debe tener cuidado para garantizar que la alogia no esté relacionada con barreras lingüísticas. En ciertas culturas, la angustia puede tomar la forma de alucinaciones o pseudoalucinaciones e ideas sobrevaloradas que pueden presentarse clínicamente de manera similar a la verdadera psicosis pero son normativas para el subgrupo del individuo. El diagnóstico erróneo de esquizofrenia en individuos con trastornos del estado de ánimo con características psicóticas o con otros trastornos psiquiátricos es más probable que ocurra en miembros de grupos étnicos y racializados desatendidos (en los Estados Unidos, especialmente entre los afroamericanos). Esto puede atribuirse al sesgo clínico, el racismo o la discriminación que conducen a una calidad limitada de la información y una posible in-

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Una serie de características distinguen la expresión clínica de la esquizofrenia en mujeres y hombres. La edad de inicio es más tardía en las mujeres, con un segundo pico en la mediana edad. Los síntomas tienden a estar más cargados de afecto entre las mujeres, y hay más síntomas psicóticos, así como una mayor propensión a que los síntomas psicóticos empeoren en la edad adulta. Otras diferencias de síntomas incluyen síntomas negativos menos frecuentes y desorganización. Finalmente, el funcionamiento social tiende a permanecer mejor conservado en las mujeres. Hay, sin embargo, frecuentes excepciones a estas advertencias generales.

Se ha observado que los síntomas psicóticos empeoran durante el período premenstrual cuando los niveles de estrógeno están cayendo; en consecuencia, se observan mayores tasas de ingreso psiquiátrico en mujeres con esquizofrenia justo antes y durante la menstruación. Los niveles más bajos de estrógeno resultantes de la menopausia pueden ser otro factor asociado con el segundo pico de aparición en mujeres de mediana edad. De manera similar, los síntomas psicóticos parecen mejorar durante el embarazo cuando los niveles de estrógeno son altos y empeoran nuevamente después del parto cuando los niveles de estrógeno caen precipitadamente.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Aproximadamente entre el 5% y el 6% de las personas con esquizofrenia mueren por suicidio, alrededor del 20% intentan suicidarse en una o más ocasiones y muchos más tienen una ideación suicida importante. El comportamiento suicida a veces es en respuesta a alucinaciones de órdenes para hacerse daño a uno mismo o a los demás. El riesgo de suicidio sigue siendo alto durante toda la vida para hombres y mujeres, aunque puede ser especialmente alto para hombres más jóvenes con consumo de sustancias comórbido. Otros factores de riesgo incluyen síntomas depresivos, desesperanza, estar desempleado, el período posterior a un episodio psicótico o al alta hospitalaria, el número de admisiones psiquiátricas, la proximidad al inicio de la enfermedad y la edad avanzada al inicio de la enfermedad. Una revisión sistemática y un metanálisis de estudios longitudinales encontraron que las probabilidades de comportamiento suicida durante el seguimiento después del primer episodio de psicosis eran más altas entre las personas con síntomas depresivos durante el primer episodio de psicosis en comparación con los que no los tenían. Un metanálisis de una gran cantidad de estudios sobre la relación de la esquizofrenia con el comportamiento suicida encontró que el abuso de alcohol, tabaco y drogas; depresión; número de hospitalizaciones; comorbilidad física; y los antecedentes familiares de depresión y comportamiento suicida aumentaron el riesgo de intento de suicidio. Factores

el suicidio incluyó sexo masculino, ser más joven, tener un coeficiente intelectual más alto, antecedentes de intentos, desesperanza y mala adherencia al tratamiento.

Consecuencias funcionales de la esquizofrenia

La esquizofrenia se asocia con una importante disfunción social y laboral. Entre las personas con esquizofrenia, los déficits en la capacidad de lectura son más graves de lo que sería

120

ser predicho por los deterioros cognitivos generales asociados con el trastorno. Dichos déficits pueden conceptualizarse como una dislexia secundaria o adquirida que subyace al deterioro académico observado en la esquizofrenia.

El progreso educativo y el mantenimiento del empleo suelen verse afectados por la abulia u otras manifestaciones de trastornos, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para las tareas en cuestión. La mayoría de las personas están empleadas en un nivel inferior al de sus padres y la mayoría, en particular los hombres, no se casan o tienen contactos sociales limitados fuera de su familia.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas o catatónicas.

La distinción entre esquizofrenia y trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas o con catatonía depende de la relación temporal entre la alteración del estado de ánimo y la psicosis, y de la gravedad de los síntomas depresivos o maníacos. Si los delirios o las alucinaciones ocurren exclusivamente durante un episodio maníaco o depresivo mayor, el diagnóstico es trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

Trastorno esquizoaafectivo. Un diagnóstico de trastorno esquizoaafectivo requiere que un episodio maníaco o depresivo mayor ocurra simultáneamente con los síntomas de la fase activa y que los síntomas del estado de ánimo estén presentes durante la mayor parte de la duración total de los períodos activos.

Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve. Estos trastornos son de duración más corta que la esquizofrenia según se especifica en el Criterio C, que requiere 6 meses de síntomas. En el trastorno esquizofreniforme, el

el trastorno está presente menos de 6 meses, y en el trastorno psicótico breve, los síntomas están presentes al menos 1 día pero menos de 1 mes.

Desorden delirante. El trastorno delirante puede distinguirse de la esquizofrenia por la ausencia de los demás síntomas característicos de la esquizofrenia (p. ej., delirios, alucinaciones auditivas o visuales prominentes, habla desorganizada, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, síntomas negativos).

Trastorno esquizotípico de la personalidad. El trastorno esquizotípico de la personalidad puede distinguirse de la esquizofrenia por los síntomas subumbrales que se asocian con rasgos de personalidad persistentes.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal. Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal pueden presentar una introspección deficiente o nula, y las preocupaciones pueden alcanzar proporciones delirantes. Pero estos trastornos se distinguen de la esquizofrenia por sus obsesiones, compulsiones, preocupaciones por la apariencia o el olor corporal, acaparamiento o conductas repetitivas centradas en el cuerpo.

Trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático puede incluir escenas retrospectivas que tienen una cualidad alucinatoria y la hipervigilancia puede alcanzar proporciones paranoicas. Pero se requiere un evento traumático y síntomas característicos relacionados con revivir o reaccionar ante el evento para hacer el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Trastorno del espectro autista o trastornos de la comunicación. Estos trastornos también pueden tener síntomas que se asemejan a un episodio psicótico, pero se distinguen por sus respectivos déficits en la interacción social con comportamientos repetitivos y restringidos y otros déficits cognitivos y de comunicación. Un individuo con trastorno del espectro autista o trastorno de la comunicación debe tener síntomas que cumplan con todos los criterios de esquizofrenia, con alucinaciones o delirios prominentes durante al menos 1 mes, para que se le diagnostique esquizofrenia como una condición comórbida.

Otros trastornos mentales asociados a un episodio psicótico. El diagnóstico de esquizofrenia se realiza únicamente cuando el episodio psicótico es persistente y no atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica. Las personas con delirio o trastorno neurocognitivo mayor o menor pueden presentar síntomas psicóticos,

pero estos tendrían una relación temporal con la aparición de cambios cognitivos compatibles con esos trastornos.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos individuos con un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos puede presentarse con síntomas característicos del Criterio A para la esquizofrenia, pero el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos generalmente puede distinguirse por la relación cronológica del consumo de sustancias con el inicio y la remisión de la psicosis en ausencia de del consumo de sustancias.

Comorbilidad Las

tasas de comorbilidad con trastornos relacionados con sustancias son altas en la esquizofrenia. Más de la mitad de las personas con esquizofrenia tienen trastorno por consumo de tabaco y fuman cigarrillos con regularidad. La comorbilidad con los trastornos de ansiedad se reconoce cada vez más en la esquizofrenia. Las tasas de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico son elevadas en personas con esquizofrenia en comparación con la población general. El trastorno de personalidad esquizotípico o paranoico a veces puede preceder al inicio de la esquizofrenia.

La esperanza de vida se reduce en las personas con esquizofrenia debido a las condiciones médicas asociadas. El aumento de peso, la diabetes, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares son más frecuentes en la esquizofrenia que en la población general. La falta de compromiso con los comportamientos de mantenimiento de la salud (p. ej., detección de cáncer, ejercicio) aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, pero otros factores del trastorno, incluidos los medicamentos, el estilo de vida, el tabaquismo y la dieta, también pueden desempeñar un papel. Una vulnerabilidad compartida para la psicosis y las condiciones médicas puede explicar parte de la comorbilidad médica de la esquizofrenia.

Trastorno esquizaafectivo

Criterios de diagnóstico

- A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual hay un episodio anímico importante (depresivo mayor o maníaco) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.
Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: Estado de ánimo deprimido.
- B. Delirios o alucinaciones durante 2 o más semanas en ausencia de un episodio anímico importante (depresivo o maníaco) durante la duración de la enfermedad.
- C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las porciones activa y residual de la enfermedad.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

Especificar si: F25.0

Tipo bipolar: este subtipo se aplica si un episodio maníaco es parte de la presentación. También pueden ocurrir episodios depresivos mayores.

F25.1 Tipo depresivo: este subtipo se aplica si solo los episodios depresivos mayores son parte de la presentación.

Especifique

si: **Con catatonía** (consulte los criterios para la catatonía asociada con otro trastorno mental, p. 135, para obtener una definición).

Nota de codificación: use el código adicional F06.1 catatonia asociada con el trastorno esquizoafectivo para indicar la presencia de catatonia comórbida.

Especificar

si: Los siguientes especificadores de curso solo deben usarse después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de diagnóstico del curso.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: Primera manifestación del trastorno que cumple los criterios diagnósticos definitorios de síntoma y tiempo. Un **episodio agudo** es un período de tiempo en el que se cumplen los criterios de síntomas.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *La remisión parcial* es un período de tiempo durante el cual se mantiene una mejoría tras un episodio anterior y en el que se cumplen solo parcialmente los criterios definitorios del trastorno.

Primer episodio, actualmente en remisión completa: *la remisión completa* es un período de tiempo después de un episodio anterior durante el cual no hay síntomas específicos del trastorno.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples pueden determinarse después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recaída).

Múltiples episodios, actualmente en remisión parcial

Múltiples episodios, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de síntomas diagnósticos del trastorno permanecen durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos de síntomas subumbrales muy breves en relación con el curso general.

Sin especificar

Especificar la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos los delirios, las alucinaciones, el habla desorganizada, el comportamiento psicomotor anormal y los síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede calificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Consulte Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo "Medidas de evaluación").

Nota: el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Características diagnósticas

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se basa en la evaluación de un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual el individuo continúa mostrando síntomas activos o residuales de enfermedad psicótica. El diagnóstico generalmente, pero no necesariamente, se realiza durante el período de enfermedad psicótica. En algún momento durante el período, se debe cumplir el Criterio A para la esquizofrenia. No es necesario cumplir los criterios B (disfunción social), C (duración de 6 meses) y F (exclusión de trastorno del espectro autista u otro trastorno de la comunicación de inicio en la infancia) para la esquizofrenia. Además de cumplir el Criterio A para la esquizofrenia, existe un episodio anímico importante (depresivo mayor o maníaco) (Criterio A para el trastorno esquizoafectivo). Debido a que la pérdida de interés o placer es común en la esquizofrenia, para cumplir el Criterio A para el trastorno esquizoafectivo, el episodio depresivo mayor debe incluir un estado de ánimo depresivo generalizado (es decir, la presencia de interés o placer notablemente disminuidos no es suficiente). Los episodios de depresión o manía están presentes durante la mayor parte de la duración total de la enfermedad (es decir, después de que se haya cumplido el Criterio A) (Criterio C para el trastorno esquizoafectivo). Para separar el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, las ideas delirantes o las alucinaciones deben estar presentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (depresivo o maníaco) en algún momento durante la duración de la enfermedad (Criterio B para el trastorno esquizoafectivo). Los síntomas no deben ser atribuibles a los efectos de una sustancia u otra condición médica (Criterio D para el trastorno esquizoafectivo).

El criterio C para el trastorno esquizoafectivo especifica que los síntomas del estado de ánimo que cumplen los criterios para un episodio mayor del estado de ánimo deben estar presentes durante la mayor parte de la duración total de la parte activa y residual de la enfermedad. El criterio C requiere la evaluación de los síntomas del estado de ánimo durante toda la vida de una enfermedad psicótica. Si los síntomas del estado de ánimo están presentes

solo durante un período relativamente breve, el diagnóstico es esquizofrenia, no trastorno esquizoafectivo. Al decidir si la presentación de un individuo cumple con el Criterio C, el médico debe revisar el total

duración de la enfermedad psicótica (es decir, tanto los síntomas activos como los residuales) y determinar cuándo los síntomas psicóticos fueron acompañados por síntomas significativos del estado de ánimo (sin tratamiento o con necesidad de tratamiento con antidepresivos y/o medicación estabilizadora del estado de ánimo). Esta determinación requiere suficiente información histórica y juicio clínico. Por ejemplo, un individuo con una historia de 4 años de síntomas activos y residuales de esquizofrenia desarrolla episodios depresivos y maníacos que, en conjunto, no ocupan más de 1 año durante los 4 años de historia de la enfermedad psicótica. Esta presentación no cumpliría el Criterio C.

Además de las cinco áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

El funcionamiento ocupacional y social se ve afectado con frecuencia, pero este no es un criterio definitorio (en contraste con la esquizofrenia). El contacto social restringido y las dificultades con el autocuidado están asociados con el trastorno esquizaafectivo, pero los síntomas negativos pueden ser menos graves y menos persistentes que los observados en la esquizofrenia. La anosognosia (es decir, poca introspección) también es común en el trastorno esquizaafectivo, pero las deficiencias en la introspección pueden ser menos graves y generalizadas que las de la esquizofrenia. Las personas con trastorno esquizaafectivo pueden tener un mayor riesgo de desarrollar episodios posteriores de trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar si los síntomas del estado de ánimo continúan después de la remisión de los síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia. Puede haber trastornos relacionados con el alcohol y otras sustancias.

No existen pruebas o medidas biológicas que puedan brindar asistencia definitiva para hacer el diagnóstico de trastorno esquizaafectivo.

Las pruebas neuropsicológicas suelen mostrar déficits cognitivos en áreas como la función ejecutiva, la memoria verbal y la velocidad de procesamiento, y estos pueden ser menos pronunciados que en la esquizofrenia. El trastorno esquizaafectivo a menudo se caracteriza por la pérdida de volumen de materia gris en las imágenes cerebrales, de manera muy similar a la esquizofrenia.

Predominio

El trastorno esquizoafectivo parece ser alrededor de un tercio de la frecuencia de la esquizofrenia. La prevalencia de por vida del trastorno esquizoafectivo se estimó en 0,3% en una muestra finlandesa y es más alta en mujeres que en hombres cuando se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se esperaría que esta tasa fuera más baja debido al requisito más estricto del Criterio C del DSM-5 (es decir, los síntomas del estado de ánimo que cumplen los criterios para un episodio mayor del estado de ánimo deben estar presentes durante la mayor parte de la duración total de la parte activa y residual del estado de ánimo). enfermedad).

Desarrollo y curso La edad típica de

inicio del trastorno esquizoafectivo es la edad adulta temprana, aunque el inicio puede ocurrir en cualquier momento desde la adolescencia hasta el final de la vida. Un número significativo de individuos diagnosticados inicialmente con otra enfermedad psicótica recibirán el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo más tarde cuando el patrón de los episodios del estado de ánimo se haya vuelto más evidente, mientras que otros pueden ser diagnosticados con trastornos del estado de ánimo antes de que se detecten síntomas psicóticos independientes.

Por el contrario, algunas personas tendrán un cambio en el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo a un trastorno del estado de ánimo o esquizofrenia con el tiempo. Un cambio en el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo a esquizofrenia fue más común que un cambio a trastorno del estado de ánimo

124

bajo los criterios del DSM-IV, y se espera que la diferencia sea más pronunciada bajo el DSM-5 ya que el Criterio C actual para el trastorno esquizoafectivo se ha vuelto más estricto, requiriendo que los síntomas del estado de ánimo estén presentes durante la mayor parte de la enfermedad en comparación con el DSM- IV definición, que solo requería que los síntomas del estado de ánimo estuvieran presentes para una porción "sustancial". El pronóstico del trastorno esquizoafectivo es algo mejor que el pronóstico de la esquizofrenia, pero peor que el pronóstico de los trastornos del estado de ánimo.

El trastorno esquizoafectivo puede ocurrir en una variedad de patrones temporales. El siguiente es un patrón típico: un individuo puede tener alucinaciones auditivas pronunciadas e ideas delirantes de persecución durante 2 meses antes del inicio de un episodio depresivo mayor prominente. Los síntomas psicóticos

y el episodio depresivo mayor completo están presentes durante 4 meses. Luego, el individuo se recupera completamente del episodio depresivo mayor, pero los síntomas psicóticos persisten durante otro mes antes de que también desaparezcan. Durante este período de enfermedad, los síntomas del individuo cumplían simultáneamente los criterios de un episodio depresivo mayor y el Criterio A de esquizofrenia, y durante este mismo período de enfermedad, las alucinaciones auditivas y los delirios estaban presentes tanto antes como después de la fase depresiva. El período total de la enfermedad duró aproximadamente 7 meses, con síntomas psicóticos solos presentes durante los 2 meses iniciales, tanto síntomas depresivos como psicóticos presentes durante los siguientes 4 meses, y síntomas psicóticos solos presentes durante el último mes. En este caso, el episodio depresivo estuvo presente durante la mayor parte de la duración total del trastorno psicótico y, por lo tanto, la presentación califica para un diagnóstico de trastorno esquizaafectivo.

La relación temporal entre los síntomas del estado de ánimo y los síntomas psicóticos a lo largo de la vida es variable. Los síntomas depresivos o maníacos pueden ocurrir antes del inicio de la psicosis, durante los episodios psicóticos agudos, durante los períodos residuales y después del cese de la psicosis. Por ejemplo, un individuo puede presentar síntomas anímicos prominentes durante la etapa prodrómica de la esquizofrenia. Este patrón no es necesariamente indicativo de un trastorno esquizaafectivo, ya que lo que es diagnóstico es la coexistencia de síntomas psicóticos y del estado de ánimo. Para un individuo con síntomas que claramente cumplen los criterios para el trastorno esquizaafectivo pero que en un seguimiento posterior solo presenta síntomas psicóticos residuales (como psicosis por debajo del umbral y/o síntomas negativos prominentes), el diagnóstico puede cambiarse a esquizofrenia, ya que el total la proporción de enfermedad psicótica en comparación con los síntomas del estado de ánimo se vuelve más pequeña. El trastorno esquizaafectivo, tipo bipolar, puede ser más común en adultos jóvenes, mientras que el trastorno esquizaafectivo, tipo depresivo, puede ser más común en adultos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos

Entre las personas con esquizofrenia, puede haber un mayor riesgo de trastorno esquizaafectivo en familiares de primer grado. El riesgo de trastorno esquizaafectivo también puede aumentar entre

individuos que tienen un familiar de primer grado con trastorno bipolar o el propio trastorno esquizoafectivo. Las firmas genéticas moleculares compuestas conocidas como puntajes de riesgo poligénico para la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor pueden estar todas elevadas en el trastorno esquizoafectivo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Se deben considerar los factores culturales y socioeconómicos, particularmente cuando el individuo y el médico no comparten los mismos antecedentes culturales y económicos. Las ideas que parecen delirantes en un contexto cultural (p. ej., el mal de ojo, causar enfermedades a través de maldiciones, influencias de los espíritus) pueden ser comunes en otros. También hay alguna evidencia en la literatura de que las poblaciones afroamericanas e hispanas cuyos síntomas cumplen con los criterios para el trastorno esquizoafectivo tienen más probabilidades de ser diagnosticadas con esquizofrenia. Para mitigar el impacto del sesgo del médico, se debe tener cuidado para garantizar una evaluación integral que incluya tanto los síntomas psicóticos como los del estado de ánimo.

125

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El riesgo de suicidio a lo largo de la vida por esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo es del 5%, y la presencia de síntomas depresivos se correlaciona con un mayor riesgo de suicidio. Existe evidencia de que las tasas de suicidio son más altas en las poblaciones de América del Norte que en las poblaciones de individuos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de Europa, Europa del Este, América del Sur e India.

Consecuencias funcionales del trastorno esquizoafectivo El trastorno esquizoafectivo se asocia con disfunción global, incluso en los dominios social y laboral, pero la disfunción no es un criterio diagnóstico (como lo es para la esquizofrenia), y existe una variabilidad sustancial entre las personas diagnosticadas con trastorno esquizoafectivo.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y condiciones médicas.

Una amplia variedad de condiciones médicas y psiquiátricas pueden manifestarse con síntomas psicóticos y del estado de ánimo y deben ser considerados en el diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. Estos incluyen delirio; trastorno neurocognitivo mayor; trastorno psicótico o trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos; trastornos bipolares, con rasgos psicóticos; trastorno depresivo mayor, con rasgos psicóticos; trastornos depresivos o bipolares, con características catatónicas; trastorno de personalidad esquizotípico, esquizoide o paranoide; trastorno psicótico breve; trastorno esquizofreniforme; esquizofrenia; desorden delirante; y otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.

Trastorno psicótico debido a otra condición médica. Otras condiciones médicas y el uso de sustancias pueden manifestarse con una combinación de síntomas psicóticos y del estado de ánimo y, por lo tanto, debe excluirse el trastorno psicótico debido a otra condición médica.

Esquizofrenia, trastorno bipolar y depresivo. A menudo es difícil distinguir el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y de los trastornos depresivos y bipolares con características psicóticas. El Criterio C está diseñado para separar el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia, y el Criterio B está diseñado para distinguir el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. Más específicamente, el trastorno esquizoafectivo se puede distinguir de un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas en función de la presencia de delirios y/o alucinaciones prominentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo. Por el contrario, en el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, las características psicóticas solo ocurren durante los episodios del estado de ánimo. Debido a que la proporción relativa entre el estado de ánimo y los síntomas psicóticos puede cambiar con el tiempo, el diagnóstico apropiado puede cambiar de y a trastorno esquizoafectivo. (Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo para un episodio depresivo mayor severo y prominente que dura 4 meses durante los primeros 6 meses de una enfermedad psicótica crónica se cambiaría a esquizofrenia si los síntomas psicóticos activos o residuales prominentes persisten durante varios años sin recurrencia de la enfermedad). otro episodio del estado de ánimo.) Lograr una mayor claridad sobre la proporción relativa del estado de ánimo a los síntomas psicóticos a lo largo del tiempo y sobre su concurrencia puede requerir información colateral de los registros médicos y de los

Comorbilidad

Muchas personas diagnosticadas con trastorno esquizoafectivo también son diagnosticadas con otros trastornos mentales, especialmente trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad. De manera similar, la incidencia de afecciones médicas, incluido el síndrome metabólico, aumenta por encima de la tasa base para la población general y conduce a una disminución de la esperanza de vida.

126

Psicótico inducido por sustancias/medicamentos Trastorno

Criterios de diagnóstico

- A. Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:
 - 1. Delirios.
 - 2. Alucinaciones.
- B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2): 1. Los síntomas en el Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento .
 - 2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno psicótico que no es inducido por sustancias/medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno psicótico independiente podría incluir lo siguiente: Los síntomas precedieron al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después de la

cese de abstinencia aguda o intoxicación grave; o hay otra evidencia de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y cuando son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para los trastornos psicóticos inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno psicótico inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1", y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes del trastorno psicótico inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de sustancias"). trastorno por consumo de cocaína con trastorno psicótico inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno psicótico inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]". dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después de un uso intenso de la sustancia una sola vez), entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el trastorno psicótico inducido por la sustancia.

CIE-10-CM

	Con trastorno por consumo leve	con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Alcohol	F10.159	F10.259	F10.959
Canabis	F12.159	F12.259	F12.959
fenciclidina	F16.159	F16.259	F16.959
Otro alucinógeno	F16.159	F16.259	F16.959
Inhalador	F18.159	F18.259	F18.959
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.159	F13.259	F13.959
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	F14.159	F14.259	F14.959
Otra sustancia (o desconocida)	F19.159	F19.259	F19.959

Especifique (vea la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia dada; o **especifique** “con inicio después del uso del medicamento ”): **Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de la medicación: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la suspensión de la medicación.

Especifique la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos los delirios, las alucinaciones, el comportamiento psicomotor anormal y los síntomas negativos.

Cada uno de estos síntomas puede calificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Consulte Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo "Medidas de evaluación").

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Procedimientos de registro EI

nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que está causando los delirios o las alucinaciones. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de droga y la presencia o ausencia de un trastorno por consumo de sustancias comórbido. Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código de "otra sustancia (o desconocida)"; y en los casos en que se juzgue que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se debe usar el mismo código.

128

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno por uso de sustancias comórbido (si lo hay) se enumera primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de delirios que ocurren durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.259 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno psicótico inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno por consumo de cocaína grave comórbido. Si el trastorno psicótico inducido por sustancias ocurre sin un trastorno concomitante por uso de sustancias (p. ej., después de un uso intenso de la sustancia una sola vez), no hay ninguna sustancia acompañante.

se observa el trastorno por consumo (p. ej., F16.959 trastorno psicótico inducido por fenciclidina, que comienza durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo de los síntomas psicóticos, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F12.259 trastorno grave por consumo de cannabis con trastorno psicótico inducido por cannabis, con inicio durante la intoxicación; F16.159 trastorno leve por consumo de cannabis). trastorno por consumo de fenciclidina con trastorno psicótico inducido por fenciclidina, que comienza durante la intoxicación).

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos son delirios y/o alucinaciones prominentes (Criterio A) que se considera que se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento (es decir, una droga de abuso, un medicamento, o exposición a una toxina) (Criterio B). Las alucinaciones de las que el individuo se da cuenta de que son inducidas por sustancias/medicamentos no se incluyen aquí y, en cambio, se diagnosticarían como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias con el especificador adjunto "con trastornos perceptivos" (se aplica a la abstinencia de alcohol; intoxicación por cannabis; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). abstinencia e intoxicación por estimulantes).

Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno psicótico independiente considerando el inicio, el curso y otros factores. Para las drogas de abuso, debe haber evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio del uso de sustancias, intoxicación o abstinencia. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos surgen durante o poco después de la exposición o la abstinencia de un medicamento o después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia, pero pueden persistir durante semanas, mientras que los trastornos psicóticos independientes pueden preceder al inicio del uso de la sustancia/medicamento o pueden ocurrir durante momentos de abstinencia sostenida. Una vez iniciados, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras continúe el uso de la sustancia/medicamento. Otra consideración es la presencia de características atípicas de un trastorno psicótico independiente (p. ej., edad de inicio o evolución atípica). Por ejemplo, la aparición de delirios de novo en un varón mayor de 35 años sin antecedentes conocidos de un trastorno psicótico independiente debería sugerir la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Incluso una historia previa de un trastorno psicótico independiente no descarta la posibilidad de un

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Por el contrario, los factores que sugieren que los síntomas psicóticos se explican mejor por un trastorno psicótico independiente incluyen la persistencia de los síntomas psicóticos durante un período de tiempo considerable (es decir, un mes o más) después del final de la intoxicación por sustancias o la abstinencia aguda de sustancias o después cese del uso de medicamentos; o antecedentes de trastornos psicóticos independientes recurrentes previos. Se deben considerar otras causas de síntomas psicóticos incluso en un individuo con intoxicación o abstinencia de sustancias, porque los problemas de uso de sustancias no son infrecuentes entre individuos con trastornos psicóticos no inducidos por sustancias/medicamentos.

Además de las dos áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico (es decir, delirios y alucinaciones), la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

129

Funciones asociadas

Los trastornos psicóticos pueden ocurrir en asociación con la intoxicación con las siguientes clases de sustancias: alcohol; cannabis; alucinógenos, incluida la fenciclidina y sustancias relacionadas; inhalantes; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); y otras sustancias (o desconocidas). Los trastornos psicóticos pueden ocurrir en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; y otras sustancias (o desconocidas).

Algunos de los medicamentos que se ha informado que provocan síntomas psicóticos incluyen anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivos, antihistamínicos, medicamentos antihipertensivos y cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, medicamentos antiparkinsonianos, agentes quimioterapéuticos (p. ej., ciclosporina, procarbazina), corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, otros medicamentos de venta libre (p. ej., fenilefrina, pseudoefedrina), medicamentos antidepresivos y disulfiram. Las toxinas reportadas para inducir síntomas psicóticos incluyen anticolinesterasa, organofosforados

insecticidas, sarín y otros gases nerviosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono y sustancias volátiles como combustible o pintura.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos en la población general. Se informa que entre el 7% y el 25% de las personas que presentan un primer episodio de psicosis en diferentes entornos tienen un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Desarrollo y Curso El inicio de los

síntomas psicóticos puede variar considerablemente con la sustancia. Por ejemplo, fumar una dosis alta de cocaína puede producir psicosis en cuestión de minutos, mientras que pueden ser necesarios días o semanas de uso de dosis altas de alcohol o sedantes para producir psicosis. El trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones, generalmente ocurre solo después de una ingestión intensa y prolongada de alcohol en personas que tienen un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave, y las alucinaciones son generalmente de naturaleza auditiva.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias de tipo anfetamínico y cocaína comparten características clínicas similares. Los delirios de persecución pueden desarrollarse rápidamente poco después del uso de anfetamina o un simpaticomimético de acción similar. La alucinación de insectos o alimañas que se arrastran dentro o debajo de la piel (formificación) puede provocar rasguños y excoriaciones cutáneas extensas. El trastorno psicótico inducido por el cannabis puede desarrollarse poco después del consumo de altas dosis de cannabis y, por lo general, implica delirios de persecución, ansiedad marcada, labilidad emocional y despersonalización. El trastorno generalmente remite en un día, pero en algunos casos puede persistir por más tiempo.

En ocasiones, el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos puede persistir cuando se elimina el agente agresor, de modo que inicialmente puede ser difícil distinguirlo de un trastorno psicótico independiente. Se ha informado que agentes como las sustancias de tipo anfetamínico, la fenciclidina y la cocaína provocan estados psicóticos temporales que a veces pueden persistir durante semanas o más a pesar de la eliminación del agente y el tratamiento con medicamentos neurolépticos. En la vejez, la polifarmacia por afecciones médicas y la exposición a medicamentos para el parkinsonismo, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades médicas

los trastornos pueden estar asociados con una mayor probabilidad de psicosis inducida por medicamentos recetados en comparación con las sustancias de abuso.

Según datos de un estudio de registro danés que siguió casos de psicosis inducida por sustancias longitudinalmente durante 20 años, aproximadamente un tercio (32 %) de las personas con psicosis inducida por sustancias son diagnosticadas posteriormente con un trastorno del espectro esquizofrénico (26 %) o trastorno bipolar. (8%), con la tasa más alta (44%) para el trastorno psicótico inducido por cannabis.

130

Marcadores de diagnóstico

Con sustancias para las que se dispone de niveles en sangre relevantes (p. ej., nivel de alcohol en sangre, otros niveles en sangre cuantificables como digoxina), la presencia de un nivel compatible con toxicidad puede aumentar la certeza diagnóstica.

Consecuencias funcionales del trastorno psicótico inducido por sustancias/

medicamentos El trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

suele ser gravemente incapacitante y, en consecuencia, se observa con mayor frecuencia en los servicios de urgencias, ya que los pacientes suelen ser llevados al entorno de cuidados intensivos cuando se produce. Sin embargo, la discapacidad suele ser autolimitada y se resuelve con la eliminación del agente infractor.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias.

Las personas intoxicadas con

estimulantes, cannabis, el opioide meperidina o fenciclidina, o las que se abstienen del alcohol o los sedantes, pueden experimentar percepciones alteradas que reconocen como efectos de las drogas. Si la prueba de realidad para estas experiencias permanece intacta (es decir, el individuo reconoce que la percepción es inducida por sustancias y no cree ni actúa en consecuencia), el diagnóstico no es un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. En cambio, se diagnostica intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con alteraciones de la percepción (p. ej., intoxicación por cocaína, con alteraciones de la percepción).

Alucinaciones de “flashback” que pueden ocurrir mucho después del uso de

ha dejado de tomar alucinógenos se diagnostica como trastorno de percepción persistente por alucinógenos. Si los síntomas psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio, como en formas graves de abstinencia de alcohol, los síntomas psicóticos se consideran una característica asociada del delirio y no se diagnostican por separado.

Las ideas delirantes en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor o leve se diagnosticarían como un trastorno neurocognitivo mayor o leve, con alteración del comportamiento.

Trastorno psicótico independiente Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno psicótico independiente, como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico, o el espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico, por el hecho de que una sustancia se considere etiológicamente relacionada con los síntomas.

Trastorno psicótico debido a otra condición médica. Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito para un trastorno mental o afección médica debe comenzar mientras la persona recibe el medicamento (o durante la abstinencia, si hay un síndrome de abstinencia asociado con el medicamento). Debido a que las personas con condiciones médicas a menudo toman medicamentos para esas condiciones, el médico debe considerar la posibilidad de que los síntomas psicóticos sean causados por las consecuencias fisiológicas de la condición médica en sí y no por la medicación, en cuyo caso se diagnostica un trastorno psicótico debido a otra condición médica. . La historia a menudo proporciona la base principal para tal juicio. A veces, puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la afección médica (p. ej., sustitución o interrupción del medicamento) para determinar empíricamente para ese individuo si el medicamento es el agente causal. Si el médico se ha cerciorado de que el trastorno es atribuible tanto a una afección médica como al uso de sustancias/medicamentos, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos).

Otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

Los síntomas psicóticos incluidos en el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se limitan a delirios o alucinaciones. individuos con otros

131

Los síntomas psicóticos inducidos por sustancias (p. ej., comportamiento desorganizado o catatónico, habla desorganizada, incoherencia o contenido irracional) deben clasificarse en la categoría de otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

Trastorno psicótico debido a otro médico Condición

Criterios de diagnóstico

- A. Alucinaciones o delirios prominentes.
- B. Hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La perturbación no se explica mejor por otra mental trastorno.
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Codificar en función del síntoma predominante:

F06.2 Con delirios: Si los delirios son el síntoma predominante.

F06.0 Con alucinaciones: Si las alucinaciones son el síntoma predominante.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.2 trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con delirios). La otra afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno psicótico debido a la afección médica (p. ej., C34.90 neoplasia pulmonar maligna; F06.2 trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con delirios).

Especificación la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos los delirios, las alucinaciones, el comportamiento psicomotor anormal y los síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede calificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Consulte Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo "Medidas de evaluación").

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Especificadores Además de las áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Características

diagnósticas Las características esenciales del trastorno psicótico debido a otra afección médica son delirios o alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., los síntomas no son una consecuencia psicológica). respuesta mediada a una condición médica severa, en

en cuyo caso sería adecuado un diagnóstico de trastorno psicótico breve, con marcado estresor).

132

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (es decir, visual, olfativa, gustativa, táctil o auditiva), pero es probable que ciertos factores etiológicos evoquen fenómenos alucinatorios específicos. Las alucinaciones olfativas son sugestivas de epilepsia del lóbulo temporal, por ejemplo. Las alucinaciones pueden variar desde simples y sin forma hasta altamente complejas y organizadas, según los factores etiológicos y ambientales. El trastorno psicótico debido a otra afección médica generalmente no se diagnostica si el individuo mantiene la prueba de realidad de las alucinaciones y aprecia que son el resultado de la afección médica. Los delirios pueden tener una variedad de temas, incluidos somáticos, grandiosos, religiosos y, más comúnmente, persecutorios. En general, sin embargo, las asociaciones entre delirios y condiciones médicas particulares parecen ser menos específicas que en el caso de

Aunque no existen pautas infalibles para determinar si el trastorno psicótico es etiológicamente atribuible a otra condición médica, tres consideraciones pueden proporcionar alguna orientación: plausibilidad biológica, temporalidad y tipicidad. En primer lugar, debe identificarse la presencia de una afección médica que tiene el potencial de causar síntomas psicóticos a través de un mecanismo fisiológico putativo (p. ej., infección generalizada grave, porfiria, lupus, epilepsia del lóbulo temporal) (plausibilidad biológica). La segunda consideración es si existe una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la condición médica y la del trastorno psicótico (temporalidad). La tercera consideración a favor de una etiología médica de los síntomas psicóticos es la presencia de características que serían atípicas para un trastorno psicótico independiente (p. ej., edad de inicio atípica, presencia de alucinaciones visuales u olfativas) (tipicidad). Finalmente, las causas de los síntomas psicóticos que no sean los efectos fisiológicos de una afección médica deben considerarse y descartarse (p. ej., trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, síntomas psicóticos que ocurren como efectos secundarios del tratamiento de la afección médica).

La asociación temporal del inicio o exacerbación de la condición médica ofrece la mayor certeza diagnóstica de que las ideas delirantes o alucinaciones son atribuibles a una condición médica. Los factores adicionales pueden incluir tratamientos concomitantes para la afección médica subyacente que confiere un riesgo de psicosis de forma independiente, como el tratamiento con esteroides para trastornos autoinmunes.

El diagnóstico de trastorno psicótico por otra condición médica depende de la condición clínica de cada individuo, y las pruebas diagnósticas variarán de acuerdo a esa condición. Una amplia variedad de condiciones médicas pueden causar síntomas psicóticos. Estos incluyen afecciones neurológicas (p. ej., neoplasias, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, lesión o deterioro de los nervios auditivos o visuales, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central), afecciones endocrinas (p. ej., hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipoadrenocorticismo), afecciones metabólicas (p. ej., hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia), deficiencia de vitamina B12, desequilibrios de líquidos o electrolitos, enfermedades hepáticas o renales y trastornos autoinmunitarios con afectación del sistema nervioso central (p. ej., lupus eritematoso, encefalitis autoinmune del receptor de N-metil-D-aspartato [NMDA]). Los hallazgos asociados del examen físico, los hallazgos de laboratorio y los patrones de prevalencia o inicio reflejan la condición médica etiológica.

Predominio

Las tasas de prevalencia del trastorno psicótico debido a otra afección médica son difíciles de estimar dada la amplia variedad de etiologías médicas subyacentes. Se ha estimado que la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre el 0,21 % y el 0,54 % en estudios realizados en Suecia y Finlandia. Cuando los hallazgos de prevalencia se estratifican por grupo de edad, las personas mayores de 65 años tienen una prevalencia significativamente mayor de 0,74% en comparación con los grupos de edad más jóvenes en Finlandia. Las tasas de psicosis también varían según la afección médica subyacente; las afecciones más comúnmente asociadas con la psicosis incluyen trastornos endocrinos y metabólicos no tratados, trastornos autoinmunes (p. ej., lupus eritematoso sistémico, encefalitis autoinmune del receptor NMDA) o epilepsia del lóbulo temporal. Psicosis atribuible a la epilepsia

se ha diferenciado aún más en psicosis ictal, posictal e interictal.

La más común de ellas es la psicosis posictal, observada en 2 a 7,8 % de las personas con epilepsia. Entre las personas mayores, puede haber una mayor prevalencia del trastorno en las mujeres, aunque las características adicionales relacionadas con el sexo o el género no están claras y varían considerablemente con las distribuciones de sexo y género de las condiciones médicas subyacentes. Se estima que el 60% de las personas mayores con psicosis de inicio reciente tienen una etiología médica para sus síntomas psicóticos.

Desarrollo y evolución El trastorno

psicótico debido a otra afección médica puede ser un estado transitorio único o puede ser recurrente, con exacerbaciones y remisiones de la afección médica subyacente. Aunque el tratamiento de la condición médica subyacente a menudo resulta en una resolución de la psicosis, este no es siempre el caso, y los síntomas psicóticos pueden persistir mucho después del evento médico (p. ej., trastorno psicótico debido a una lesión cerebral focal). En el contexto de condiciones crónicas como la esclerosis múltiple o la psicosis interictal crónica de la epilepsia, la psicosis puede asumir un curso a largo plazo.

La expresión del trastorno psicótico debido a otra condición médica no difiere sustancialmente en la fenomenología dependiendo de la edad de aparición. Sin embargo, los grupos de mayor edad tienen una mayor prevalencia del trastorno, lo que probablemente se deba a la creciente carga médica asociada con la edad avanzada y los efectos acumulativos de exposiciones nocivas y procesos relacionados con la edad (p. ej., aterosclerosis). Es probable que la naturaleza de las condiciones médicas subyacentes cambie a lo largo de la vida, con grupos de edad más jóvenes más afectados por epilepsia, traumatismo craneoencefálico, enfermedades autoinmunes y neoplásicas de edades tempranas a medianas, y grupos de edad más avanzada más afectados por una enfermedad neurodegenerativa (p. ej., Alzheimer), accidente cerebrovascular, eventos anóxicos y comorbilidades multisistémicas. Los factores subyacentes con el aumento de la edad, como el deterioro cognitivo preexistente, así como los problemas de visión y audición, pueden generar un mayor riesgo de psicosis, posiblemente al servir para reducir el umbral para experimentar psicosis.

Factores de riesgo y pronóstico

Modificadores de curso. La identificación y el tratamiento de la afección médica subyacente tienen el mayor impacto en el curso, aunque una lesión preexistente del sistema nervioso central puede conferir un peor resultado en el curso (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular).

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

El riesgo de suicidio en el contexto de un trastorno psicótico debido a otra afección médica no está claramente delimitado, aunque ciertas afecciones, como la epilepsia y la esclerosis múltiple, se asocian con mayores tasas de suicidio, que pueden aumentar aún más en presencia de psicosis.

Consecuencias funcionales del trastorno psicótico debido a Otra condición médica

La discapacidad funcional suele ser grave en el contexto del trastorno psicótico debido a otra afección médica, pero variará considerablemente según el tipo de afección y probablemente mejorará con la resolución exitosa de la afección.

Diagnóstico diferencial

Delirio y trastorno neurocognitivo mayor o leve

alucinaciones y los delirios comúnmente ocurren en el contexto de un delirio; un diagnóstico separado de trastorno psicótico debido a

134

no se da otra condición médica si los delirios y/o alucinaciones ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio. Por otro lado, se puede dar un diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve si se considera que las ideas delirantes o las alucinaciones son una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo. p. ej., trastorno psicótico debido a la enfermedad de cuerpos de Lewy, con delirios).

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Si hay evidencia de uso reciente o prolongado de sustancias (incluyendo medicamentos con efectos psicoactivos)

efectos secundarios), abstinencia de una sustancia o medicamento que puede causar síntomas psicóticos al momento de la abstinencia, o exposición a una toxina (p. ej., intoxicación por LSD [dietilamida del ácido lisérgico], abstinencia de alcohol), se debe considerar un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Los síntomas que ocurren durante o poco después (es decir, dentro de las 4 semanas) de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después del uso de medicamentos pueden ser especialmente indicativos de un trastorno psicótico inducido por sustancias, según el carácter, la duración o la cantidad de la sustancia utilizada. Si el médico ha determinado que la alteración se debe tanto a una afección médica como al consumo de sustancias, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos).

Desorden psicotico. El trastorno psicótico debido a otra afección médica debe distinguirse de un trastorno psicótico que no se debe a otra afección médica (p. ej., esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo) o un trastorno depresivo mayor o bipolar, con características psicóticas.

En los trastornos psicóticos y en los trastornos depresivos o bipolares, con características psicóticas, no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con una condición médica. La edad de inicio tardía y la ausencia de antecedentes personales o familiares de esquizofrenia o trastorno delirante sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra condición médica.

Las alucinaciones auditivas que involucran voces que pronuncian oraciones complejas son más características de la esquizofrenia que del trastorno psicótico debido a una condición médica. Si bien ciertos síntomas sugieren una etiología médica o tóxica (p. ej., alucinaciones visuales u olfativas, delirios de calidad onírica [individuo como observador no involucrado]), no hay signos o síntomas patognomónicos que señalen inequívocamente a los médicos en cualquier dirección. Las alucinaciones visuales no son infrecuentes en la esquizofrenia o el trastorno bipolar, y las alucinaciones olfativas (p. ej., olores desagradables) también son compatibles con un diagnóstico de esquizofrenia. Por lo tanto, los médicos no deben dar un peso indebido a ninguna alucinación en particular cuando deciden entre una causa psiquiátrica y médica para la psicopatología.

comorbilidad

El trastorno psicótico debido a otra afección médica en personas mayores de 80 años se asocia con un trastorno neurocognitivo mayor concurrente (demencia). La enfermedad de Alzheimer suele ir acompañada de psicosis, y la psicosis es una característica definitoria de la enfermedad de cuerpos de Lewy.

catatonia

La catatonia puede ocurrir en el contexto de varios trastornos, incluidos trastornos del neurodesarrollo, psicóticos, bipolares y depresivos, y otras afecciones médicas (p. ej., deficiencia de folato cerebral, trastornos autoinmunitarios y paraneoplásicos raros). El manual no trata la catatonia como una clase independiente sino que reconoce a) la catatonia asociada a otra

135

trastorno mental (es decir, un trastorno psicótico del neurodesarrollo, un trastorno bipolar, un trastorno depresivo u otro trastorno mental), b) trastorno catatónico debido a otra afección médica, yc) catatonía no especificada.

La catatonia se define por la presencia de 3 o más de 12 características psicomotoras en los criterios diagnósticos de catatonia asociada con otro trastorno mental y trastorno catatónico debido a otra afección médica.

La característica esencial de la catatonía es una marcada alteración psicomotora que puede implicar disminución de la actividad motora, disminución de la participación durante la entrevista o el examen físico, o actividad motora excesiva y peculiar.

La presentación clínica de la catatonía puede ser desconcertante, ya que la alteración psicomotora puede variar desde una marcada falta de respuesta hasta una marcada agitación. La inmovilidad motora puede ser grave (estupor) o moderada (catalepsia y flexibilidad cerosa). De manera similar, la disminución del compromiso puede ser severa (mutismo) o moderada (negativismo). Los comportamientos motores excesivos y peculiares pueden ser complejos (p. ej., estereotipia) o simples (agitación) y pueden incluir ecolalia y ecopraxia. En casos extremos, el mismo individuo puede experimentar altibajos entre actividad motora disminuida y excesiva. Las características clínicas aparentemente opuestas, las manifestaciones variables del diagnóstico y el énfasis excesivo en la enseñanza de signos raros y graves, como la flexibilidad cerosa, contribuyen a la falta de conciencia y a la disminución del reconocimiento de la catatonía. durante graves

etapas de la catatonía, el individuo puede necesitar una supervisión cuidadosa para evitar autolesionarse o dañar a otros. Existen riesgos potenciales de desnutrición, agotamiento, tromboembolismo, úlceras por presión, contracciones musculares, hiperpirexia y lesiones autoinfligidas.

Catatonía asociada con otro mental

Trastorno (Especificador de Catatonía)

F06.1

A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los siguientes síntomas: 1.

Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; falta de relación activa con el entorno).

2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura sostenida contra gravedad).

3. Flexibilidad cerosa (es decir, ligera, incluso resistencia a la colocación por parte del examinador).

4. Mutismo (es decir, ninguna o muy poca respuesta verbal [excluir si se conoce afasia]).

5. Negativismo (es decir, oposición o falta de respuesta a las instrucciones) o estímulos externos).

6. Posturas (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).

7. Manierismo (es decir, caricatura extraña y circunstancial de comportamiento).

8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a un objetivo).

9. Agitación, no influenciada por estímulos externos.

10. Hacer muecas.

11. Ecolalia (es decir, imitar el habla de otro).

12. Ecopraxia (es decir, imitar los movimientos de otra persona).

Nota de codificación: Indique el nombre del trastorno mental asociado cuando registre el nombre de la afección (es decir, F06.1 catatonía asociada con trastorno depresivo mayor). Codifique primero el trastorno mental asociado (p. ej., trastorno del neurodesarrollo, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor u otro trastorno mental) (p. ej., F25.1 trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo; F06. 1 catatonia asociada a trastorno esquizoafectivo).

136

Características diagnósticas

La catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía) se puede utilizar cuando se cumplen los criterios para la catatonía durante el curso de un trastorno del neurodesarrollo, psicótico, bipolar, depresivo u otro trastorno mental. El especificador de catatonia es apropiado cuando el cuadro clínico se caracteriza por una marcada alteración psicomotora e involucra al menos tres de las 12 características diagnósticas enumeradas en el Criterio A. La catatonia generalmente se diagnostica en un entorno hospitalario y ocurre hasta en el 35% de las personas con esquizofrenia, pero la mayoría de los casos de catatonía involucran a personas con trastornos depresivos o bipolares. El metanálisis de muestras clínicas indicó que aproximadamente el 9% de los pacientes tenían catatonia. Antes de que se utilice el especificador de catatonia en trastornos del neurodesarrollo, psicóticos, bipolares, depresivos u otros trastornos mentales, es necesario descartar una amplia variedad de otras afecciones médicas; estas condiciones incluyen, pero no se limitan a, condiciones médicas debidas a condiciones infecciosas, metabólicas o neurológicas (ver “Trastorno catatónico debido a otra condición médica”). La catatonia también puede ser un efecto secundario de un medicamento (consulte el capítulo “Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos”). Debido a la gravedad de las complicaciones, se debe prestar especial atención a la posibilidad de que la catatonía sea atribuible al síndrome neuroléptico maligno G21.0.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La asociación entre catatonía y trastornos del estado de ánimo se ha encontrado en una amplia gama de contextos culturales.

Trastorno catatónico debido a otro médico Condición

Criterios de diagnóstico

F06.1

A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los siguientes síntomas: 1.

Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; falta de relación activa con el entorno).

2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura sostenida contra la gravedad).

3. Flexibilidad cerosa (es decir, ligera, incluso resistencia a la colocación por parte del examinador).

4. Mutismo (es decir, ninguna o muy poca respuesta verbal [**Nota:** no aplicable si hay una afasia establecida]).

5. Negativismo (es decir, oposición o falta de respuesta a las instrucciones o estímulos externos).

6. Posturas (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).

7. Manierismo (es decir, caricatura extraña y circunstancial de comportamiento).

8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a un objetivo).

9. Agitación, no influenciada por estímulos externos.

10. Hacer muecas.

11. Ecolalia (es decir, imitar el habla de otro).

12. Ecopraxia (es decir, imitar los movimientos de otra persona).

- B. Hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La perturbación no se explica mejor por otra mental (p. ej., un episodio maníaco).
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

137

- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: incluya el nombre de la afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.1 trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática). La otra afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno catatónico debido a la afección médica (p. ej., K72.90 encefalopatía hepática; F06.1 trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática).

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno catatónico debido a otra afección médica es la presencia de catatonía que se considera atribuida a los efectos fisiológicos de otra afección médica. La catatonía se puede diagnosticar por la presencia de al menos 3 de las 12 características clínicas del Criterio A. Debe haber evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los resultados de laboratorio de que la catatonía es atribuible a otra afección médica (Criterio B). No se da el diagnóstico si la catatonía se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco) (Criterio C) o si ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio (Criterio D).

Funciones asociadas

Una variedad de condiciones médicas pueden causar catatonia, especialmente condiciones neurológicas (p. ej., neoplasias, traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular, encefalitis) y condiciones metabólicas (p. ej., hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistinuria, cetoacidosis diabética). Los hallazgos asociados del examen físico, los hallazgos de laboratorio y los patrones de prevalencia e inicio reflejan los de la afección médica etiológica.

Diagnóstico diferencial No

se proporciona un diagnóstico separado de trastorno catatónico debido a otra afección médica si la catatonía ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio o síndrome neuroléptico maligno. Sin embargo, aunque no se puede hacer un diagnóstico separado de catatonia, la investigación sugiere que los síntomas de catatonia ocurren en una proporción significativa de casos de delirio. Si el individuo está actualmente tomando medicamentos neurolépticos, se deben considerar los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos (p. ej., el posicionamiento anormal puede deberse a una distonía aguda inducida por neurolépticos) o el síndrome neuroléptico maligno (p. ej., pueden estar presentes características de tipo catatónico, junto con signos vitales asociados y/o anomalías de Los síntomas catatónicos pueden estar presentes en cualquiera de los siguientes cinco trastornos psicóticos: trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. También puede estar presente en algunos de los trastornos del neurodesarrollo, en todos los trastornos bipolares y depresivos, y en otros trastornos mentales.

Catatónia no especificada

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que los síntomas característicos de la catatonia causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero la naturaleza del trastorno mental subyacente u otra afección médica no está clara, los criterios completos para la catatonia no están claros. cumplido, o no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en la configuración de la sala de emergencias).

Nota de codificación: codifique primero **R29.818** otros síntomas que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético, seguido de **F06.1** catatonía no especificada.

138

Otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico

F28

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en el espectro de esquizofrenia y otra clase diagnóstica de trastornos psicóticos. La categoría de otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para ningún espectro de esquizofrenia específico y otro trastorno psicótico. Esto se hace registrando "otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico" seguido del motivo específico (p. ej., "alucinaciones auditivas persistentes").

Los ejemplos de presentaciones que se pueden especificar usando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes: 1. **Alucinaciones auditivas persistentes** que ocurren en ausencia de cualquier otra característica.

2. **Delirios con episodios afectivos superpuestos significativos:** esto incluye delirios persistentes con períodos de episodios afectivos superpuestos que están presentes durante una parte sustancial de

la perturbación delirante (de modo que no se cumple el criterio que estipula sólo una perturbación breve del estado de ánimo en el trastorno delirante).

3. Síndrome de **psicosis atenuada**: este síndrome se caracteriza por síntomas similares a los psicóticos que están por debajo del umbral de la psicosis completa (p. ej., los síntomas son menos graves y más transitorios, y la introspección se mantiene relativamente).
4. **Síntomas delirantes en el contexto de la relación con un individuo con delirios prominentes**: en el contexto de una relación, el material delirante del individuo con un trastorno psicótico proporciona contenido para los mismos delirios que tiene la otra persona que de otro modo no tendría síntomas que cumplen los criterios de un trastorno psicótico.

Espectro de esquizofrenia no especificado y Otro trastorno psicótico

F29

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en el espectro de esquizofrenia y otra clase diagnóstica de trastornos psicóticos. La categoría de espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un espectro de esquizofrenia específico y otro trastorno psicótico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer una diagnóstico más específico (p. ej., en la sala de urgencias).

Trastornos bipolares y relacionados

Los trastornos bipolares y relacionados se encuentran entre los capítulos sobre el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y trastornos depresivos en el DSM-5-TR en reconocimiento de su lugar como puente entre esas dos clases diagnósticas en términos de sintomatología, historia familiar y genética. Los diagnósticos incluidos en este capítulo son trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y relacionado especificado y trastorno bipolar y relacionado no especificado. .

Los criterios del trastorno bipolar I representan la comprensión moderna del trastorno maníaco-depresivo clásico o la psicosis afectiva descrita en el siglo XIX, y difieren de esa descripción clásica solo en la medida en que ni la psicosis ni la experiencia de por vida de un episodio depresivo mayor son un requisito. Sin embargo, la gran mayoría de las personas cuyos síntomas cumplen los criterios de un episodio maníaco totalmente sindrómico también experimentan episodios depresivos mayores a lo largo de sus vidas.

El trastorno bipolar II, que requiere la experiencia de por vida de al menos un episodio depresivo mayor y al menos un episodio hipomaníaco (pero sin antecedentes de manía), ya no se considera una afección menos grave que el trastorno bipolar I, en gran parte debido a la carga de depresión en el trastorno bipolar II y porque la inestabilidad del estado de ánimo que experimentan las personas con trastorno bipolar II a menudo se acompaña de un deterioro grave en el trabajo y el funcionamiento social.

El diagnóstico de trastorno ciclotímico se da a adultos que experimentan al menos 2 años (para niños, un año completo) de períodos tanto hipomaníacos como depresivos sin cumplir nunca los criterios para un episodio de manía, hipomanía o depresión mayor.

Una gran cantidad de sustancias de abuso, algunos medicamentos recetados y varias condiciones médicas pueden estar asociadas con fenómenos maníacos. Este hecho se reconoce en los diagnósticos de trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos y trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica.

El reconocimiento de que hay personas que experimentan fenómenos de tipo bipolar con síntomas que no cumplen los criterios para trastorno bipolar I, bipolar II o ciclotímico se refleja en la disponibilidad de la categoría de otro trastorno bipolar y relacionado especificado. Los criterios específicos para un trastorno que involucra hipomanía de corta duración se proporcionan en la Sección III con la esperanza de fomentar un mayor estudio de esta presentación de la sintomatología del trastorno bipolar y su curso.

Trastorno bipolar I

Criterios de diagnóstico

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario cumplir con los siguientes criterios para un episodio maníaco. El episodio maníaco puede haber sido precedido y seguido por episodios hipomaníacos o depresivos mayores.

140

Episodio maníaco

- A. Un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura al menos 1 semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) están presentes en un grado significativo y representan un cambio notable del comportamiento habitual:

1. Autoestima inflada o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).
 3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.
 4. Vuelo de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos son carreras.
 5. Distracción (es decir, atención que se dirige con demasiada facilidad a estímulos externos sin importancia o irrelevantes), tal como se informa u observa.
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin propósito y no dirigida a un objetivo).
 7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).
- C. El trastorno del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social o laboral o para necesitar hospitalización para evitar daño a sí mismo o a otros, o hay características psicóticas.
- D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra condición médica.

Nota: un episodio maníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un episodio maníaco y, por lo tanto, un diagnóstico bipolar I.

Nota: los criterios A–D constituyen un episodio maníaco. Se requiere al menos un episodio maníaco de por vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio hipomaníaco

- A. Un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura al menos 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representan un cambio notable del comportamiento habitual y han estado presentes durante un período significativo. grado: 1. Autoestima inflada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).
3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.
4. Vuelo de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos son carreras.
5. Distracción (es decir, atención que se dirige con demasiada facilidad a estímulos externos sin importancia o irrelevantes), tal como se informa u observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

- C. El episodio se asocia con un cambio inequívoco en el funcionamiento que no es característico del individuo cuando no es sintomático.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observable por otros.
- E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social o laboral o para

necesita hospitalización. Si hay rasgos psicóticos, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra condición médica.

Nota: un episodio hipomaníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un diagnóstico de episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución para que uno o dos síntomas (en particular, aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideren suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni necesariamente indicativos de una diátesis bipolar.

Nota: los criterios A–F constituyen un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos son comunes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico del trastorno bipolar I.

Episodio depresivo mayor A.

Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)
2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo u observado por otros).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio depresivo mayor. Los episodios depresivos mayores son comunes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico del trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso.

pérdida observada en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe considerarse cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.¹

Trastorno bipolar I A.

Se han cumplido los criterios para al menos un episodio maníaco (Criterios A–D en “Episodio maníaco” anterior).

- B. Al menos un episodio maníaco no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superpone a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

Procedimientos de codificación y registro

El código de diagnóstico para el trastorno bipolar I se basa en el tipo de episodio actual o más reciente y su estado con respecto a la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas solo se indican si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o depresivo mayor. Los especificadores de remisión solo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor. Los códigos son los siguientes:

	Actual	Actual o la	Actual o	
	mayoría	actual o más	actual o	
	reciente	máximo	actual o la	
bipolar yo				
trastorno				
Leve (pág. 175)	F31.11	ESE	F31.31	ESE
Moderado (pág. 175)	F31.12	ESE	F31.32	ESE

	Actual mayoría	actual o más reciente	Actual o la máxima	Actual o más reciente
bipolar yo trastorno				
Grave (pág. 175)	F31.13	ESE	F31.4	ESE
143	F31.2	ESE	F31.5	ESE
Con rasgos psicóticos*** (p. 173)				
En remisión parcial (pág. 175)	F31.73	F31.71	F31.75	ESE
En remisión completa (pág. 175)	F31.74	F31.72	F31.76	ESE
sin especificar	F31.9	F31.9	F31.9	ESE

*No se aplican los especificadores de gravedad y psicóticos; código F31.0 para casos que no están en remisión.

**No se aplican los especificadores de gravedad, psicosis y remisión. Código F31.9.

***Si hay características psicóticas, codifique el especificador "con características psicóticas", independientemente de la gravedad del episodio.

Al registrar el nombre de un diagnóstico, los términos deben enumerarse en el siguiente orden: trastorno bipolar I, tipo de episodio actual (o episodio más reciente si el trastorno bipolar I está en remisión parcial o total), especificaciones de gravedad/psicótico/remisión, seguidos por tantos de los siguientes especificadores sin códigos como se apliquen al episodio actual (o al episodio más reciente si el trastorno bipolar I está en remisión parcial o total). **Nota:** Los especificadores "con ciclos rápidos" y "con patrón estacional" describen el patrón de los episodios del estado de ánimo.

Especificar

si: **Con angustia ansiosa** (págs. 169–170)

Con características mixtas (págs. 170–171)

Con ciclado rápido (pág. 171)

Con rasgos melancólicos (págs. 171-172)

Con rasgos atípicos (págs. 172-173)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 173; *se aplica al episodio maníaco y/o episodio depresivo mayor*)

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo (pág. 173; *se aplica al episodio maníaco y/o episodio depresivo mayor*)

Con catatonia (pág. 173). **Nota de codificación:** utilice el código adicional F06.1.

Con inicio periparto (págs. 173-174)

Con patrón estacional (págs. 174-175)

Características diagnósticas

El trastorno bipolar I se caracteriza por un curso clínico de episodios recurrentes del estado de ánimo (maníaco, depresivo e hipomaníaco), pero la aparición de al menos un episodio maníaco es necesaria para el diagnóstico del trastorno bipolar I. La característica esencial de un episodio maníaco es un período definido durante el cual hay un estado de ánimo anormalmente elevado, persistentemente elevado, expansivo o irritable y un aumento persistente de actividad o energía que está presente la mayor parte del día, casi todos los días, durante un período de al menos al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización), acompañada de al menos tres síntomas adicionales del Criterio B. Si el estado de ánimo es irritable en lugar de elevado o expansivo, deben estar presentes al menos cuatro síntomas del Criterio B.

El estado de ánimo en un episodio maníaco a menudo se describe como eufórico, excesivamente alegre, elevado o “sentirse en la cima del mundo”. En algunos casos, el estado de ánimo es de una calidad tan contagiosa que se reconoce fácilmente como excesivo y puede caracterizarse por un estado de ánimo ilimitado y

Entusiasmo fortuito por las interacciones interpersonales, sexuales u ocupacionales. Por ejemplo, el individuo puede iniciar espontáneamente conversaciones extensas con extraños en público. A menudo, el estado de ánimo predominante es irritable en lugar de elevado, particularmente cuando los deseos del individuo son

negado o si el individuo ha estado usando sustancias. Pueden ocurrir cambios rápidos en el estado de ánimo durante breves períodos de tiempo y se denominan labilidad (es decir, la alternancia entre euforia, disforia e irritabilidad). En los niños, la felicidad, las tonterías y las “tonterías” son normales en muchos contextos sociales; sin embargo, si estos síntomas son recurrentes, inapropiados para el contexto y más allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, pueden cumplir con el requisito del estado de ánimo del Criterio A de estado de ánimo anormalmente elevado. Para que la felicidad o la tontería de un niño cumplan con el Criterio A, debe aumentar claramente desde la línea de base del niño y acompañarse de un aumento persistente de actividad o niveles de energía que, para quienes conocen bien al niño, son claramente inusuales para ese niño. Para que los síntomas de un niño cumplan los criterios de un episodio maníaco, los síntomas también deben cumplir el Criterio B de manía y también deben representar un cambio con respecto a la línea de base habitual del niño.

Durante el episodio maníaco, el individuo puede involucrarse en múltiples proyectos nuevos superpuestos. Los proyectos a menudo se inician con poco conocimiento del tema y nada parece estar fuera del alcance del individuo. Los niveles aumentados de actividad o energía pueden manifestarse en horas inusuales del día, como durante la fase de sueño normal del individuo.

Suele estar presente una autoestima inflada, que va desde la autoconfianza acrítica hasta la grandiosidad marcada, y puede alcanzar proporciones delirantes (Criterio B1). A pesar de la falta de experiencia o talento en particular, el individuo puede embarcarse en tareas complejas como escribir una novela o buscar publicidad para algún invento poco práctico. Los delirios de grandeza (p. ej., de tener una relación especial con una persona famosa) son comunes. En los niños es normal la sobrevaloración de las capacidades y la creencia de que, por ejemplo, son los mejores en un deporte o los más listos de la clase; sin embargo, cuando tales creencias están presentes a pesar de la clara evidencia de lo contrario o el niño intenta hazañas que son claramente peligrosas y, lo que es más importante, representan un cambio en el comportamiento normal del niño, el criterio de grandiosidad debe considerarse satisfecho.

Una de las características más comunes es la disminución de la necesidad de dormir (Criterio B2), que es distinta del insomnio (durante el cual el individuo quiere dormir o siente la necesidad de dormir pero no puede). El individuo puede dormir poco, si es que lo hace, o puede despertarse varias horas antes de lo habitual, sintiéndose descansado y lleno de energía. Cuando la alteración del sueño es grave, el

el individuo puede pasar días sin dormir, pero no sentirse cansado. A menudo, la disminución de la necesidad de dormir anuncia el inicio de un episodio maníaco.

El habla puede ser rápida, forzada, fuerte y difícil de interrumpir (Criterio B3). Las personas pueden hablar continuamente y sin tener en cuenta los deseos de los demás de comunicarse, a menudo de manera intrusiva o sin preocuparse por la relevancia de lo que se dice. El habla a veces se caracteriza por bromas, juegos de palabras, divertidas irrelevancias y teatralidad, con gestos dramáticos, cantos y gestos excesivos. El volumen y la contundencia del discurso a menudo se vuelven más importantes que lo que se transmite. Si el estado de ánimo del individuo es más irritable que expansivo, el habla puede estar marcada por quejas, comentarios hostiles o diatribas enojadas, en particular si se intenta interrumpir al individuo. Tanto los síntomas del Criterio A como los del Criterio B pueden ir acompañados de síntomas del polo opuesto (es decir, depresivos) (consulte el especificador “con características mixtas”, págs. 170–171).

A menudo, los pensamientos del individuo corren a un ritmo más rápido de lo que se puede expresar a través del habla (Criterio B4). Con frecuencia hay una fuga de ideas evidenciada por un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios abruptos de un tema a otro. Cuando la fuga de ideas es severa, el habla puede volverse desorganizada, incoherente y particularmente angustiosa para el individuo. A veces los pensamientos se experimentan tan abarrotados que es muy difícil hablar.

La distracción (Criterio B5) se evidencia por la incapacidad de censurar estímulos externos inmateriales (p. ej., la vestimenta del entrevistador, los ruidos o conversaciones de fondo, el mobiliario de la habitación) y, a menudo, impide que las personas que experimentan manía mantengan una conversación racional o presten atención a las instrucciones.

El aumento de la actividad dirigida a un objetivo (Criterio B6) a menudo consiste en una planificación y participación excesivas en múltiples actividades, incluidas las actividades sexuales, ocupacionales, políticas o religiosas. A menudo se presenta un aumento del impulso sexual, las fantasías y el comportamiento. Los individuos en un episodio maníaco suelen mostrar una mayor sociabilidad (p. ej., renovando viejos conocidos o llamando o poniéndose en contacto con amigos o incluso extraños), sin tener en cuenta la naturaleza intrusiva, dominante y exigente de estas interacciones. Ellos

a menudo también muestran agitación o inquietud psicomotora (es decir, actividad sin propósito) al caminar de un lado a otro o al mantener múltiples conversaciones simultáneamente.

Algunas personas escriben demasiadas cartas, correos electrónicos, mensajes de texto, etc., sobre muchos temas diferentes a amigos, figuras públicas o los medios de comunicación.

El criterio de mayor actividad puede ser difícil de determinar en los niños; sin embargo, cuando el niño asume muchas tareas simultáneamente, comienza a idear planes elaborados y poco realistas para proyectos, desarrolla preocupaciones sexuales previamente ausentes e inapropiadas para el desarrollo (que no se explican por el abuso sexual o la exposición a material sexualmente explícito), entonces el Criterio B podría cumplirse en base a sobre el juicio clínico. Es esencial determinar si el comportamiento representa un cambio con respecto al comportamiento inicial del niño; ocurre la mayor parte del día, casi todos los días durante el período de tiempo requerido; y ocurre en asociación temporal con otros síntomas de manía.

El estado de ánimo expansivo, el optimismo excesivo, la grandiosidad y la falta de juicio a menudo conducen a una participación imprudente en actividades como gastar en exceso, regalar posesiones, conducción imprudente, inversiones comerciales tontas e indiscreciones sexuales que son inusuales para el individuo, aunque estas actividades sean probable que tenga consecuencias catastróficas (Criterio B7). El individuo puede comprar muchos artículos innecesarios sin el dinero para pagarlos y, en algunos casos, regalarlos. Las indiscreciones sexuales pueden incluir infidelidad o encuentros sexuales indiscriminados con extraños, a menudo sin tener en cuenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual o las consecuencias interpersonales.

El episodio maníaco debe tener como resultado un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional (p. ej., pérdidas económicas, pérdida del empleo, fracaso escolar, divorcio) o requerir hospitalización para evitar daños a sí mismo o a los demás (p. ej., agotamiento físico o hipertermia por excitación maníaca, autocontrol). conducta perjudicial). Por definición, la presencia de rasgos psicóticos durante un episodio maníaco también satisface el Criterio C.

Síntomas o síndromes maníacos que son atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una droga de abuso (p. ej., en el contexto de intoxicación por cocaína o anfetamina), los efectos secundarios de medicamentos o tratamientos (p. ej., esteroides, L-dopa, antidepresivos, estimulantes), u otra condición médica no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Sin embargo,

un episodio maníaco completamente sindrómico que surge durante el tratamiento (p. ej., con medicamentos, terapia electroconvulsiva, fototerapia) y persiste más allá del efecto fisiológico del agente inductor (p. ej., después de que un medicamento está completamente fuera del sistema del individuo o los efectos de la terapia electroconvulsiva se esperaría que se hubiera disipado por completo) es evidencia suficiente para un episodio maníaco que se considera debido a un trastorno bipolar I (Criterio D). Se recomienda precaución para que uno o dos síntomas (particularmente aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideren suficientes para el diagnóstico de un episodio maníaco o hipomaníaco, ni necesariamente una indicación de una diátesis del trastorno bipolar. Aunque no es esencial para un diagnóstico de trastorno bipolar I, los episodios hipomaníacos o depresivos a menudo preceden o siguen a un episodio maníaco.

Las descripciones completas de las características diagnósticas de un episodio hipomaníaco se pueden encontrar en el texto del trastorno bipolar II, y las características de un episodio depresivo mayor se describen en el texto del trastorno depresivo mayor.

Funciones asociadas

Durante un episodio maníaco, las personas a menudo no perciben que están enfermas o que necesitan tratamiento y resisten con vehemencia los esfuerzos por recibir tratamiento. Las personas pueden cambiar su vestimenta, maquillaje o apariencia personal a un estilo más sexualmente sugestivo o extravagante. Algunos perciben un sentido más agudo del olfato, el oído o la visión. El juego y las conductas antisociales

146

puede acompañar al episodio maníaco. El estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente a ira o depresión; algunos individuos pueden volverse hostiles y físicamente amenazantes para otros y, cuando tienen delirios, se vuelven físicamente agresivos o suicidas. Las consecuencias graves de un episodio maníaco (p. ej., hospitalización involuntaria, dificultades con la ley, dificultades financieras graves) a menudo se deben a falta de juicio, pérdida de percepción e hiperactividad. Los síntomas depresivos ocurren en alrededor del 35% de los episodios maníacos (consulte el especificador "con características mixtas", p. 170), y las características mixtas se asocian con un peor resultado

y aumento de los intentos de suicidio. El trastorno bipolar I también se asocia con disminuciones significativas en la calidad de vida y el bienestar.

Las características similares a rasgos asociadas con el diagnóstico incluyen temperamentos hipertípicos, depresivos, ciclotípicos, ansiosos e irritables, trastornos del sueño y del ritmo circadiano, sensibilidad a la recompensa y creatividad. Tener un familiar de primer grado con trastorno bipolar aumenta el riesgo de diagnóstico aproximadamente 10 veces.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del trastorno bipolar I del DSM-5 en una muestra de adultos de EE. UU. representativa a nivel nacional fue del 1,5 % y no difirió entre hombres (1,6 %) y mujeres (1,5 %). En comparación con los blancos no hispanos, la prevalencia del trastorno bipolar I parece ser mayor entre los nativos americanos y menor entre los afroamericanos, hispanos y asiáticos/isleños del Pacífico. La prevalencia de doce meses del trastorno bipolar I DSM-IV en 11 países osciló entre 0,0 % y 0,6 % y fue mayor en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos y medianos, excepto en Japón, donde la prevalencia fue baja (0,01 %). La tasa de prevalencia de por vida en hombres y mujeres es de aproximadamente 1,1:1.

Desarrollo y curso La edad máxima

de inicio del trastorno bipolar I en todos los estudios es entre los 20 y los 30 años, pero el inicio ocurre a lo largo del ciclo de vida. En los Estados Unidos, la edad media de aparición del trastorno bipolar I del DSM-5 es de 22 años y ligeramente menor para las mujeres (21,5 años) que para los hombres (23,0 años). En una comparación de seis sitios internacionales, la mediana de edad de inicio del trastorno bipolar I DSM-IV-TR fue de 24,3 años. Son necesarias consideraciones especiales para aplicar el diagnóstico en niños. Debido a que los niños de la misma edad cronológica pueden estar en diferentes etapas de desarrollo, es difícil definir con precisión qué es "normal" o "esperado" en un momento determinado. Por lo tanto, cada niño debe ser juzgado de acuerdo con su propia línea de base para determinar si un comportamiento en particular es "normal" o evidencia de un episodio maníaco.

Aunque la edad de inicio puede ocurrir entre los 60 y los 70 años, el inicio de los síntomas maníacos (p. ej., desinhibición sexual o social) al final de la mediana edad o en la vejez

debe impulsar la consideración de condiciones médicas (p. ej., trastorno neurocognitivo frontotemporal) y de ingestión o abstinencia de sustancias.

Más del 90 % de las personas que tienen un solo episodio maníaco continúan teniendo episodios recurrentes del estado de ánimo. Aproximadamente el 60% de los episodios maníacos ocurren inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor. Las personas con trastorno bipolar I que tienen múltiples (cuatro o más) episodios del estado de ánimo (depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco) que ocurren en los 12 meses anteriores reciben el especificador "con ciclos rápidos", una variante común asociada con peores resultados. Aproximadamente la mitad de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar muestran una polaridad predominante (recaída que tiende a ser depresiva o maníaca), con un estudio internacional de trastorno bipolar I que encontró un 31,3 % con manía predominante, un 21,4 % con depresión predominante y un 47,3 % sin polaridad predominante. .

El curso del trastorno bipolar I es muy heterogéneo. Se han observado algunos patrones a lo largo de los episodios (p. ej., un episodio maníaco con características psicóticas puede asociarse con características psicóticas en episodios maníacos posteriores). La polaridad del primer episodio tiende a asociarse con la polaridad predominante de los episodios futuros y las características clínicas (p. ej., el inicio depresivo se asocia con una mayor densidad de episodios depresivos y comportamiento suicida). Él

147

la presencia de características mixtas en un episodio maníaco se asocia con un peor pronóstico, peor respuesta al litio y comportamiento suicida.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La adversidad infantil (que incluye trauma emocional temprano, psicopatología de los padres y conflicto familiar) es un factor de riesgo conocido para el trastorno bipolar y parece predisponer a la aparición temprana del trastorno bipolar. La adversidad infantil también se asocia con un peor pronóstico y un peor cuadro clínico que puede incluir comorbilidades médicas o psiquiátricas, suicidio y características psicóticas asociadas. Más proximalmente, el estrés de la vida reciente y otros eventos negativos de la vida aumentan el riesgo de recaída depresiva en individuos diagnosticados con trastorno bipolar, mientras que la recaída maníaca parece

estar específicamente vinculado a eventos de la vida para el logro de metas (por ejemplo, casarse, completar un título). El consumo de cannabis y otras sustancias se asocia con la exacerbación de los síntomas maníacos entre las personas diagnosticadas con trastorno bipolar, así como con la aparición inicial de síntomas maníacos en la población general. Existe cierta evidencia de que casarse es menos común entre las personas con trastorno bipolar que en la población general y que un diagnóstico de trastorno bipolar se asocia con estar casado anteriormente en lugar de estar casado actualmente.

Genético y fisiológico. Los procesos genéticos afectan fuertemente la predisposición al trastorno bipolar, con estimaciones de heredabilidad de alrededor del 90% en algunos estudios de gemelos. El riesgo de trastorno bipolar en la población general es de alrededor del 1%, mientras que el riesgo en un familiar de primer grado es del 5% al 10%. Sin embargo, las tasas de concordancia monocigótica son significativamente inferiores al 100 % (40 % a 70 %), lo que indica que gran parte del riesgo no se explica solo por los genes. El mecanismo de heredabilidad no es mendeliano e involucra múltiples genes (o mecanismos genéticos más complejos) de pequeño efecto, que interactúan entre sí, el medio ambiente y factores aleatorios. Nuevos descubrimientos genéticos sugieren que la propensión a la manía ya la depresión se heredan por separado, y que el trastorno bipolar comparte un origen genético con la esquizofrenia.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los síntomas del trastorno bipolar I tienden a ser consistentes en todos los contextos culturales, pero existe alguna variación en la expresión e interpretación de los síntomas. Por ejemplo, los individuos de diferentes entornos culturales con trastorno bipolar I, con características psicóticas, pueden variar en la prevalencia de fuga de ideas o tipos de delirios (p. ej., grandioso, persecutorio, sexual, religioso o somático). Los factores culturales pueden afectar la prevalencia del trastorno. Por ejemplo, los países con valores culturales orientados a la recompensa que otorgan importancia a la búsqueda individual de la recompensa tienen una prevalencia relativamente mayor del trastorno bipolar. En los Estados Unidos, las personas con trastorno bipolar tenían una edad de inicio más temprana que las de Europa y tenían más probabilidades de tener antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico.

La cultura también influye en las prácticas de diagnóstico clínico con respecto al trastorno bipolar. En comparación con los blancos no latinos en los Estados Unidos, los afroamericanos con trastorno bipolar I tienen un mayor riesgo de recibir un diagnóstico erróneo

con esquizofrenia. Las posibles razones incluyen el reconocimiento insuficiente de los síntomas del estado de ánimo, malentendidos culturales y lingüísticos entre los médicos y las personas que se presentan para el tratamiento (p. ej., interpretación errónea de la desconfianza cultural como paranoia), síntomas psicóticos más floridos en la presentación debido a la demora en recibir servicios y diagnósticos basados en clínicas más cortas. evaluaciones Estos factores pueden resultar en diagnósticos erróneos discriminatorios de esquizofrenia, particularmente en afroamericanos con trastornos del estado de ánimo que presentan características psicóticas.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las mujeres pueden ser más propensas a experimentar ciclos rápidos y estados mixtos, y a tener patrones de comorbilidad que difieren de los de los hombres, incluidas tasas más altas de alimentación a lo largo de la vida.

148

trastornos Las mujeres con trastorno bipolar I o II tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos que los hombres. También tienen un mayor riesgo de por vida de trastorno por consumo de alcohol que los hombres y una probabilidad mucho mayor de trastorno por consumo de alcohol que las mujeres en la población general.

Algunas mujeres con trastorno bipolar experimentan una exacerbación de los síntomas del estado de ánimo durante el período premenstrual y esto se ha asociado con un peor curso de la enfermedad. Muchas mujeres con trastorno bipolar también reportan graves trastornos emocionales durante la perimenopausia cuando los niveles de estrógeno están disminuyendo. No parece haber un mayor riesgo de episodios del estado de ánimo en mujeres embarazadas con trastorno bipolar, excepto en aquellas que descontinúan los medicamentos durante el embarazo. Por el contrario, existe evidencia fuerte y consistente de un mayor riesgo de episodios del estado de ánimo (tanto depresión como manía) en mujeres con trastorno bipolar I en el período posparto. El especificador “con inicio periparto” debe usarse para los episodios del estado de ánimo que comienzan durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto. La “psicosis posparto” generalmente se parece a un episodio maníaco o de humor mixto con síntomas psicóticos y está fuertemente asociada con el trastorno bipolar I.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida en personas con trastorno bipolar es de 20 a 30 veces mayor que en la población general. Se estima que entre el 5% y el 6% de las personas con trastornos bipolares mueren por suicidio. Mientras que los intentos de suicidio son mayores en las mujeres, el suicidio letal es más común en los hombres con trastorno bipolar. Una historia previa de intento de suicidio y el porcentaje de días pasados deprimidos en el último año se asocian con un mayor riesgo de intentos o suicidios consumados. Casi la mitad de las personas cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno bipolar tienen un trastorno por consumo de alcohol, y aquellos con ambos trastornos tienen un mayor riesgo de intento de suicidio y muerte por suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno bipolar I

Aproximadamente el 30% de las personas con trastorno bipolar muestran un deterioro grave en el funcionamiento del rol laboral, aunque muchas personas vuelven a un nivel completamente funcional entre episodios. La recuperación funcional se retrasa sustancialmente con respecto a la recuperación de los síntomas, especialmente con respecto a la recuperación ocupacional, lo que resulta en un nivel socioeconómico más bajo a pesar de los niveles equivalentes de educación en comparación con la población general. Las deficiencias cognitivas persisten a lo largo de la vida, incluso durante los períodos eutímicos, y pueden contribuir a las dificultades vocacionales e interpersonales. Un mayor nivel de estigma autopercibido se asocia con un menor nivel de funcionamiento.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Existe el riesgo de diagnosticar erróneamente el trastorno bipolar I como depresión unipolar debido a la importancia de la depresión en la presentación del trastorno bipolar I: 1) el primer episodio del trastorno bipolar suele ser depresivo, 2) los síntomas depresivos son los síntomas más frecuentes experimentados en todo el curso a largo plazo del trastorno bipolar I, y 3) el problema por el cual las personas suelen buscar ayuda es la depresión. Cuando el individuo presenta un episodio de depresión mayor, por lo tanto, es importante buscar activamente un historial de manía o hipomanía. Los factores que podrían indicar que el diagnóstico es trastorno bipolar I en lugar de trastorno depresivo mayor en un individuo que presenta un episodio depresivo actual incluyen antecedentes familiares de trastorno bipolar, inicio de la enfermedad a principios de los 20, numerosos episodios anteriores, presencia de síntomas psicóticos y un

antecedentes de falta de respuesta al tratamiento antidepresivo o aparición de un episodio maníaco durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva).

Otros trastornos bipolares. El trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico y otros trastornos bipolares y relacionados específicos son similares al trastorno bipolar I en virtud de que incluyen

149

períodos de síntomas hipomaníacos en sus presentaciones, pero se diferencian del trastorno bipolar I por la ausencia de episodios maníacos.

Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático u otros trastornos de ansiedad.

Se necesita un historial cuidadoso de los síntomas para diferenciar el trastorno de ansiedad generalizada del trastorno bipolar, ya que las cavilaciones ansiosas pueden confundirse con pensamientos acelerados (y viceversa), y los esfuerzos para minimizar los sentimientos de ansiedad pueden tomarse como un comportamiento impulsivo. Del mismo modo, los síntomas del trastorno de estrés postraumático deben diferenciarse del trastorno bipolar. Es útil evaluar la naturaleza episódica de los síntomas descritos (el trastorno bipolar I clásico es episódico), así como considerar los desencadenantes de los síntomas, al hacer este diagnóstico diferencial.

Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica debe realizarse en lugar de trastorno bipolar I si se considera que los episodios maníacos, según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o el examen físico, son la consecuencia fisiológica directa de otra afección médica (p. , enfermedad de Cushing, esclerosis múltiple).

Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

Un trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno bipolar I por el hecho de que una sustancia (p. ej., estimulantes, fenciclidina) o medicación (p. ej., esteroides) se considera etiológicamente relacionada con el episodio maníaco. Debido a que las personas con un episodio maníaco tienden a abusar de las sustancias durante un episodio, es importante determinar si el consumo de sustancias es consecuencia de un episodio maníaco primario o si el episodio maníaco ha sido causado por la sustancia.

usar. En algunos casos, un diagnóstico definitivo puede implicar establecer que los síntomas maníacos persisten una vez que el individuo ya no usa la sustancia. Tenga en cuenta que los episodios maníacos que surgen en el contexto del tratamiento con una medicación antidepresiva pero que persisten en un nivel completamente sindrómico más allá del efecto fisiológico de la medicación justifican un diagnóstico de trastorno bipolar I en lugar de trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastorno relacionado.

Trastorno esquizoafectivo. El trastorno esquizoafectivo se caracteriza por períodos en los que los episodios maníacos y depresivos mayores coinciden con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia y períodos en los que se presentan delirios o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio maníaco o depresivo mayor. El diagnóstico es “trastorno bipolar I, con características psicóticas” si los síntomas psicóticos se han presentado exclusivamente durante episodios maníacos y depresivos mayores.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad se caracteriza por síntomas persistentes de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, que pueden parecerse a los síntomas de un episodio maníaco (p. ej., distracción, aumento de la actividad, conducta impulsiva) y comienzan a los 12 años. Por el contrario, los síntomas de la manía en el trastorno bipolar I ocurren en episodios distintos y típicamente comienzan en la adolescencia tardía o en la edad adulta.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo En individuos con irritabilidad severa, particularmente niños y adolescentes, se debe tener cuidado de aplicar el diagnóstico de trastorno bipolar I solo a aquellos que han tenido un episodio claro de manía o hipomanía, es decir, un período de tiempo distinto, de la duración requerida, durante el cual la irritabilidad fue claramente diferente de la línea de base del individuo y estuvo acompañada por la aparición de otros síntomas característicos de la manía (p. ej., grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje presionado, participación en actividades con un alto potencial de consecuencias dolorosas). Cuando la irritabilidad de un niño es persistente y particularmente severa, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo sería más apropiado. De hecho, cuando se evalúa a cualquier niño por manía, es esencial que los síntomas representen un cambio claro del comportamiento típico del niño.

Desorden de personalidad. Los trastornos de la personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, pueden tener una superposición sintomática sustancial con el trastorno bipolar I, ya que la labilidad del estado de ánimo y la impulsividad son comunes en ambas afecciones. Para hacer un diagnóstico de trastorno bipolar I, los síntomas de labilidad del estado de ánimo e impulsividad deben representar un episodio distinto de enfermedad, o debe haber un aumento notable de estos síntomas con respecto a la línea de base del individuo para justificar un diagnóstico adicional de trastorno bipolar I. .

Comorbilidad

Los trastornos mentales concurrentes son la norma en el trastorno bipolar I, y la mayoría de las personas tienen antecedentes de tres o más trastornos. Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno por consumo de otras sustancias y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Los factores socioculturales influyen en el patrón de condiciones comórbidas en el trastorno bipolar. Por ejemplo, los países con prohibiciones culturales contra el consumo de alcohol u otras sustancias pueden tener una menor prevalencia de comorbilidad por consumo de sustancias. El trastorno bipolar I se asocia frecuentemente con el trastorno límite, esquizotípico y antisocial de la personalidad. En particular, aunque la naturaleza subyacente de la relación entre el trastorno bipolar I y el trastorno límite de la personalidad no está clara, la comorbilidad sustancial entre los dos puede reflejar similitudes en la fenomenología (es decir, diagnosticar erróneamente los extremos emocionales del trastorno límite de la personalidad como trastorno bipolar I), la influencia de los rasgos de personalidad límite en la vulnerabilidad al trastorno bipolar I, y el impacto de la adversidad en la primera infancia en el desarrollo tanto del trastorno bipolar I como del trastorno límite de la personalidad.

Las personas con trastorno bipolar I también tienen altos índices de afecciones médicas graves simultáneas y, a menudo, no tratadas, lo que explica en gran medida la reducción de la esperanza de vida de las personas con trastorno bipolar. Las comorbilidades aparecen en múltiples sistemas de órganos, siendo las enfermedades cardiovasculares y autoinmunes, la apnea obstructiva del sueño, el síndrome metabólico y la migraña más comunes entre las personas con trastorno bipolar que en la población general. El sobrepeso/obesidad comórbida es una preocupación particular para las personas con trastorno bipolar y se asocia con un tratamiento def

Trastorno Bipolar II

Criterios de diagnóstico

F31.81

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario cumplir los siguientes criterios para un episodio hipomaníaco actual o pasado **y** los siguientes criterios para un episodio depresivo mayor actual o pasado:

Episodio hipomaníaco A.

Un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura al menos 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representan un cambio notable del comportamiento habitual y han estado presentes durante un período significativo. grado: 1. Autoestima inflada o grandiosidad.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).
3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.
4. Vuelo de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos son carreras.

151

5. Distracción (es decir, atención que se dirige con demasiada facilidad a estímulos externos sin importancia o irrelevantes), tal como se informa u observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).
- C. El episodio se asocia con un cambio inequívoco en el funcionamiento que no es característico del individuo cuando no es sintomático.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observable por otros.
- E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social o laboral o para necesitar hospitalización. Si hay rasgos psicóticos, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra condición médica.

Nota: un episodio hipomaníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un diagnóstico de episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución para que uno o dos síntomas (en particular, aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideren suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni necesariamente indicativos de una diátesis bipolar.

Episodio depresivo mayor A.

Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a una condición médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)
 2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).
 3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo u observado por otros).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.
- Nota:** Los criterios A-C constituyen un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso, en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, se debe considerar cuidadosamente la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.¹

Trastorno bipolar II

- A. Se han cumplido los criterios para al menos un episodio hipomaníaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaníaco" anterior) y al menos un episodio depresivo mayor (Criterios A-C en "Episodio depresivo mayor" anterior).
- B. Nunca ha habido un episodio maníaco.
- C. Al menos un episodio hipomaníaco y al menos un episodio depresivo mayor no se explican mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superponen a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.
- D. Los síntomas de depresión o la imprevisibilidad causada por la alternancia frecuente entre períodos de depresión e hipomanía causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Procedimientos de codificación y

registro El trastorno bipolar II tiene un código de diagnóstico: F31.81. Su estado con respecto a la gravedad actual, presencia de rasgos psicóticos,

curso, y otros especificadores no pueden codificarse pero deben indicarse por escrito (p. ej., F31.81 trastorno bipolar II, episodio actual depresivo, gravedad moderada, con características mixtas; F31.81 trastorno bipolar II, episodio depresivo más reciente, en remisión parcial).

Especifique el episodio actual o más reciente:

Hipomaníaco Deprimido Si el episodio actual es **hipomaníaco** (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar II está en remisión parcial o total):

153

Al registrar el diagnóstico, los términos deben enumerarse en el siguiente orden: trastorno bipolar II, episodio hipomaníaco actual o más reciente, en remisión parcial/en remisión total (pág. 175) (si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio hipomaníaco) , más cualquiera de los siguientes especificadores de episodios hipomaníacos que sean aplicables. **Nota:** Los especificadores "con ciclos rápidos" y "con patrón estacional" describen el patrón de los episodios del estado de ánimo.

Especificación

si: **Con angustia ansiosa** (p. 169-170)

Con características mixtas (págs. 170–171)

Con ciclado rápido (pág. 171)

Con inicio periparto (págs. 173–174)

Con patrón estacional (págs. 174–175)

Si el episodio actual es **depresivo** (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar II está en remisión parcial o total): Al registrar el diagnóstico, los términos deben enumerarse en el siguiente orden: trastorno bipolar II, episodio depresivo actual o más reciente, leve/moderado /grave (si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor), en forma parcial

remisión/en remisión total (si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor) (p. 175), más cualquiera de los siguientes especificadores de episodio depresivo mayor que sean aplicables. **Nota:** Los especificadores "con ciclos rápidos" y "con patrón estacional" describen el patrón de los episodios del estado de ánimo.

Especificar

si: **Con angustia ansiosa** (págs. 169–170)

Con características mixtas (págs. 170–171)

Con ciclado rápido (pág. 171)

Con rasgos melancólicos (págs. 171-172)

Con rasgos atípicos (págs. 172–173)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 173)

Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo (pág. 173)

Con catatonia (pág. 173). **Nota de codificación:** utilice el código adicional F06.1.

Con inicio periparto (págs. 172–174)

Con patrón estacional (págs. 174–175)

Especifique el curso si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:

En remisión parcial (pág. 175)

En remisión completa (pág. 175)

Especifique la gravedad si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor: **Leve** (pág. 175)

Moderado (pág. 175)

Grave (pág. 175)

Características de diagnóstico

El trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico de episodios recurrentes del estado de ánimo que consisten en uno o más episodios depresivos mayores (Criterios A-C

bajo “Episodio depresivo mayor”) y al menos un episodio hipomaníaco (Criterios A-F bajo “Episodio hipomaníaco”). El diagnóstico de un episodio depresivo mayor requiere que haya un período de estado de ánimo deprimido o, como alternativa, una marcada disminución del interés o del placer, durante la mayor parte del día, casi todos los días, con una duración mínima de 2 semanas. El estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés deben ir acompañados de síntomas adicionales que se presentan casi todos los días (p. ej., alteración del sueño, agitación o retraso psicomotor) para un total de al menos cinco síntomas. El diagnóstico de un episodio hipomaníaco requiere que haya un período definido de

154

estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de la actividad o la energía durante la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 4 días consecutivos acompañado de tres (o cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) síntomas adicionales (p. , autoestima inflada, disminución de la necesidad de dormir, distracción) que persisten y representan un cambio notable del comportamiento y funcionamiento habituales. Por definición, los síntomas psicóticos no aparecen en los episodios hipomaníacos y parecen ser menos frecuentes en los episodios depresivos mayores del trastorno bipolar II que en los del trastorno bipolar I. La presencia de un episodio maníaco durante el curso de la enfermedad excluye el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio B bajo “Trastorno bipolar II”). Además, para que los episodios depresivos e hipomaníacos cuenten para el diagnóstico de trastorno bipolar II, al menos uno de los episodios depresivos y al menos uno de los episodios hipomaníacos no debe ser atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (es decir, medicación, droga de abuso o exposición a toxinas) u otra condición médica. Tenga en cuenta que los episodios hipomaníacos que surgen durante el tratamiento antidepresivo y persisten durante al menos 4 días en un nivel completamente sindrómico más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento no se consideran inducidos por sustancias y cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar II. Además, al menos un episodio hipomaníaco y al menos un episodio depresivo mayor no se explican por un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y no se superponen a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado u otro trastorno psicótico (Criterio C bajo “Trastorno bipolar II”). Él

los episodios depresivos o el patrón de cambios de humor impredecibles deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio D bajo "Trastorno bipolar II"). Los episodios depresivos mayores recurrentes suelen ser más frecuentes y más prolongados que los que se producen en el trastorno bipolar I.

Las personas con trastorno bipolar II suelen acudir a un médico durante un episodio depresivo mayor. Es poco probable que inicialmente se quejen de hipomanía, porque no reconocen los síntomas de la hipomanía o porque consideran que la hipomanía es deseable. Los episodios hipomaníacos, por definición, no causan un deterioro significativo. En cambio, el deterioro resulta de los episodios depresivos mayores o de un patrón persistente de cambios de humor impredecibles y funcionamiento interpersonal u ocupacional fluctuante y poco confiable. Las personas con trastorno bipolar II pueden no ver los episodios hipomaníacos como patológicos o desventajosos, aunque otros pueden estar preocupados por el comportamiento errático del individuo. La información clínica de otros informantes, como amigos cercanos o parientes, suele ser útil para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Un episodio hipomaníaco no debe confundirse con los varios días de eutimia y recuperación de energía o actividad que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. A pesar de las diferencias sustanciales en duración y gravedad entre un episodio maníaco e hipomaníaco, el trastorno bipolar II no es una "forma más leve" del trastorno bipolar I. En comparación con las personas con trastorno bipolar I, las personas con trastorno bipolar II tienen una mayor cronicidad de la enfermedad y pasan, en promedio, más tiempo en la fase depresiva de su enfermedad, que puede ser grave y/o incapacitante.

Aunque los requisitos diagnósticos para los episodios depresivos mayores son idénticos, ya sea que ocurran en el contexto del trastorno bipolar II o del trastorno depresivo mayor, ciertas características clínicas de los episodios pueden sugerir un posible diagnóstico diferencial. Por ejemplo, la coexistencia de insomnio e hipersomnia no es infrecuente en episodios depresivos mayores tanto en el trastorno bipolar II como en el trastorno depresivo mayor; sin embargo, tanto el insomnio como la hipersomnia están sobrerepresentados entre las mujeres con trastorno bipolar II. De manera similar, los síntomas depresivos atípicos (hipersomnia, hiperfagia) son comunes en ambos trastornos, pero más en aquellos con trastorno bipolar II.

Los síntomas depresivos que ocurren simultáneamente con un episodio hipomaníaco o los síntomas hipomaníacos que ocurren simultáneamente con un episodio depresivo son comunes en individuos con trastorno bipolar II y están sobrerepresentados en mujeres, particularmente hipomanía con características mixtas.

155

Las personas que experimentan hipomanía con características mixtas pueden no etiquetar sus síntomas como hipomanía, sino que los experimentan como depresión con aumento de energía o irritabilidad.

Funciones asociadas

Una característica común del trastorno bipolar II es la impulsividad, que puede contribuir a los intentos de suicidio y los trastornos por uso de sustancias.

Puede haber niveles elevados de creatividad durante los episodios hipomaníacos en algunas personas con trastorno bipolar II. Sin embargo, esa relación puede ser no lineal; es decir, se han asociado mayores logros creativos a lo largo de la vida con formas más leves de trastorno bipolar, y se ha encontrado una mayor creatividad en miembros de la familia no afectados. El apego del individuo a la perspectiva de una mayor creatividad durante los episodios hipomaníacos puede contribuir a la ambivalencia sobre la búsqueda de tratamiento o socavar la adherencia al tratamiento.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del trastorno bipolar II en los Estados Unidos es del 0,8%. La prevalencia de 12 meses a nivel internacional es del 0,3%. La tasa de prevalencia del trastorno bipolar II pediátrico es difícil de establecer. DSM-IV bipolar I, bipolar II y trastorno bipolar no especificado arrojan una tasa de prevalencia combinada de 1,8 % en muestras comunitarias de EE. UU. y fuera de EE. UU., con tasas más altas (2,7 % inclusive) en jóvenes de 12 años o más.

Desarrollo y curso

Aunque el trastorno bipolar II puede comenzar en la adolescencia tardía y durante la edad adulta, la edad promedio de inicio es alrededor de los 20 años, que es un poco más tarde que para el trastorno bipolar I pero antes que para el trastorno depresivo mayor. Edad en

el inicio no distingue de forma fiable entre el trastorno bipolar I y II. La enfermedad suele comenzar con un episodio depresivo y no se reconoce como trastorno bipolar II hasta que ocurre un episodio hipomaníaco; esto sucede en alrededor del 12% de las personas con el diagnóstico inicial de trastorno depresivo mayor.

La ansiedad, el uso de sustancias o los trastornos alimentarios también pueden preceder al diagnóstico, lo que complica su detección. Muchas personas experimentan varios episodios de depresión mayor antes del primer episodio hipomaníaco reconocido, con un retraso de más de 10 años entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico de un trastorno bipolar.

El trastorno bipolar II es un trastorno altamente recurrente, con más del 50 % de las personas que experimentan un nuevo episodio dentro de un año después de su primer episodio. Las personas con trastorno bipolar II también tienen una mayor variación estacional en el estado de ánimo en comparación con las personas con trastorno bipolar I.

El número de episodios a lo largo de la vida (tanto episodios hipomaníacos como depresivos mayores) tiende a ser mayor para el trastorno bipolar II que para el trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar I. Sin embargo, las personas con trastorno bipolar I en realidad tienen más probabilidades de experimentar síntomas hipomaníacos que las personas con trastorno bipolar II. El intervalo entre los episodios del estado de ánimo en el curso del trastorno bipolar II tiende a disminuir a medida que el individuo envejece. Mientras que el episodio hipomaníaco es la característica que define el trastorno bipolar II, los episodios depresivos son más duraderos e incapacitantes con el tiempo. A pesar del predominio de la depresión, una vez que se ha producido un episodio hipomaníaco, el diagnóstico pasa a ser trastorno bipolar II y nunca revierte a trastorno depresivo mayor.

Aproximadamente del 5% al 15% de las personas con trastorno bipolar II tienen múltiples (cuatro o más) episodios del estado de ánimo (hipomaníaco o depresivo mayor) en los 12 meses anteriores. Si este patrón está presente, el especificador lo indica "con ciclos rápidos". Los ciclos rápidos son más comunes en las mujeres y pueden reflejar un empeoramiento general del trastorno bipolar.

Puede ocurrir el cambio de un episodio depresivo a un episodio maníaco o hipomaníaco (con o sin características mixtas), tanto de forma espontánea como durante el tratamiento de la depresión.

Alrededor del 5% al 15% de las personas con trastorno bipolar II finalmente desarrollarán un episodio maníaco, lo que cambia el diagnóstico a trastorno bipolar I, independientemente del curso posterior.

Hacer el diagnóstico en niños a menudo es un desafío, especialmente en aquellos con irritabilidad e hiperexcitación que no es **episódica** (es decir, carece de períodos bien delimitados de alteración del estado de ánimo). La irritabilidad no episódica en la juventud se asocia con un riesgo elevado de trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, pero no trastorno bipolar, en la edad adulta. Los jóvenes persistentemente irritables tienen índices familiares más bajos de trastorno bipolar que los jóvenes que tienen trastorno bipolar. Para que se diagnostique un episodio hipomaníaco, los síntomas del niño deben exceder lo que se espera en un entorno y una cultura determinados para la etapa de desarrollo del niño. Al igual que los adultos, los jóvenes con trastorno bipolar II pasan menos tiempo hipomaníacos en comparación con aquellos con trastorno bipolar I, y el episodio de presentación inicial suele ser la depresión.

En comparación con el inicio del trastorno bipolar II en la edad adulta, el inicio del trastorno en la niñez o la adolescencia puede estar asociado con un curso de por vida más grave.

La tasa de incidencia a 3 años del trastorno bipolar II de primera aparición en adultos mayores de 60 años es del 0,34 %. Sin embargo, distinguir a los individuos mayores de 60 años con trastorno bipolar II por edad de inicio tardía o temprana no parece tener ninguna utilidad clínica. La presencia de síntomas hipomaníacos concurrentes durante un episodio depresivo es más común durante los episodios depresivos bipolares II en relación con los episodios depresivos que ocurren en el contexto de una depresión mayor y puede ayudar a distinguir a las personas mayores con trastorno bipolar II de aquellas con trastorno depresivo mayor. En cualquier presentación posterior de la vida del trastorno bipolar, es importante considerar los factores médicos, incluidas las posibles causas médicas y neurológicas de los nuevos síntomas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. El riesgo de trastorno bipolar II tiende a ser mayor entre los familiares de personas con trastorno bipolar II, a diferencia de las personas con trastorno bipolar I o trastorno depresivo mayor. Alrededor de un tercio de las personas con trastorno bipolar II informaron antecedentes familiares de trastorno bipolar. Puede haber factores genéticos que influyan en la edad de inicio de los trastornos bipolares. También hay evidencia de que el trastorno bipolar II puede

tienen una arquitectura genética que es al menos parcialmente distinta del trastorno bipolar I y de la esquizofrenia.

Modificadores de curso. Un patrón de ciclos rápidos se asocia con un peor pronóstico. El retorno al nivel anterior de función social para las personas con trastorno bipolar II es más probable para las personas más jóvenes y con depresión menos severa, lo que sugiere efectos adversos de la enfermedad prolongada en la recuperación. Más educación, menos años de enfermedad y estar casado se asocian de forma independiente con la recuperación funcional en individuos con trastorno bipolar, incluso después de tener en cuenta el tipo de diagnóstico (I vs. II), los síntomas depresivos actuales y la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género

Mientras que la proporción de género para el trastorno bipolar I es igual, los hallazgos sobre las diferencias de género en el trastorno bipolar II son mixtos, y difieren según el tipo de muestra (es decir, registro, comunidad o clínica) y país de origen. Hay poca o ninguna evidencia de diferencias de género bipolares en la población general, mientras que algunas muestras clínicas, pero no todas, sugieren que el trastorno bipolar II es más común en mujeres que en hombres, lo que puede reflejar diferencias de género en la búsqueda de tratamiento u otros factores.

Los patrones de enfermedad y comorbilidad, sin embargo, parecen diferir según el sexo, siendo las mujeres más propensas que los hombres a reportar hipomanía con características depresivas mixtas y un curso de ciclos rápidos. El parto también puede ser un desencadenante específico de un episodio hipomaníaco, que puede ocurrir en 10% a 20% de las mujeres en poblaciones no clínicas y más típicamente en el período posparto temprano. Distinguir la hipomanía del estado de ánimo eufórico y la reducción del sueño

que normalmente acompañan al nacimiento de un niño pueden ser un desafío.

La hipomanía posparto puede presagiar el inicio de una depresión que ocurre en aproximadamente la mitad de las mujeres que experimentan "altibajos" posparto. La transición de la perimenopausia también puede ser un momento de inestabilidad del estado de ánimo en el trastorno bipolar II. No se han encontrado diferencias sexuales importantes en varios estudios clínicos.

variables, incluidas las tasas de episodios depresivos, la edad y la polaridad del inicio, los síntomas y la gravedad de la enfermedad.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Aproximadamente un tercio de las personas con trastorno bipolar II informan antecedentes de intento de suicidio a lo largo de su vida. El riesgo y la incidencia de intento de suicidio en el trastorno bipolar II y bipolar I parecen ser similares. En general, parece haber tasas similares de intentos de suicidio y muertes por suicidio entre las personas con trastorno bipolar II y bipolar I, aunque en general las tasas tanto de intentos como de muertes son significativamente más altas que en la población general. El tiempo pasado en un episodio depresivo se asocia más significativamente con el diagnóstico de bipolar I o bipolar II en términos de riesgo de intento de suicidio. Sin embargo, la letalidad de los intentos, definida por una menor proporción de intentos de muerte por suicidio, puede ser mayor en personas con trastorno bipolar II en comparación con personas con trastorno bipolar I. Puede haber una asociación entre los marcadores genéticos y un mayor riesgo de comportamiento suicida en personas con trastorno bipolar, incluido un riesgo 6,5 veces mayor de suicidio entre los familiares de primer grado de los probandos bipolares II en comparación con los familiares de primer grado de los probandos bipolares I.

Consecuencias funcionales del trastorno bipolar II

Aunque muchas personas con trastorno bipolar II regresan a un nivel completamente funcional entre los episodios del estado de ánimo, al menos el 15% continúa teniendo alguna disfunción entre episodios y el 20% pasa directamente a otro episodio del estado de ánimo sin recuperación entre episodios. La recuperación funcional se retrasa sustancialmente con respecto a la recuperación de los síntomas del trastorno bipolar II, especialmente en lo que respecta a la recuperación ocupacional, lo que da como resultado un nivel socioeconómico más bajo a pesar de los niveles de educación equivalentes a los de la población general. Las personas con trastorno bipolar II se desempeñan peor que las personas sanas en las pruebas cognitivas. Las deficiencias cognitivas asociadas con el trastorno bipolar II pueden contribuir a las dificultades vocacionales. El desempleo prolongado en personas con trastorno bipolar se asocia con más episodios de depresión, edad avanzada, mayores tasas de trastorno de pánico actual y antecedentes de trastorno por consumo de alcohol durante toda la vida.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la ausencia tanto de episodios maníacos como de episodios hipomaníacos. Dado que la presencia de algunos síntomas maníacos o hipomaníacos (p. ej., menos síntomas o una duración más corta que la requerida para la hipomanía) aún pueden ser compatibles con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, es importante determinar si los síntomas cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco. Determinar si es más adecuado hacer el diagnóstico de trastorno bipolar II. Los episodios depresivos dominan el curso general de la enfermedad para la mayoría de las personas con trastorno bipolar II, lo que contribuye al retraso de una década entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico del trastorno bipolar II. Debido a que los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor son idénticos en el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar II, el diagnóstico de trastorno bipolar II solo se puede realizar obteniendo información sobre al menos un episodio hipomaníaco previo para distinguir el trastorno bipolar II.

Trastorno ciclotímico. En el trastorno ciclotímico, existen numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios de síntomas o duración de un episodio hipomaníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de síntomas o duración de un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar II se distingue del ciclotímico por la presencia de uno o más episodios hipomaníacos y uno o más episodios depresivos mayores.

158

Esquizofrenia. La esquizofrenia se caracteriza por síntomas psicóticos en fase activa que pueden acompañarse de episodios depresivos mayores. El diagnóstico de esquizofrenia se realiza si no se han producido episodios depresivos mayores al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa. Si han ocurrido al mismo tiempo, el diagnóstico de esquizofrenia se realiza si los episodios depresivos mayores han estado presentes solo durante una minoría del tiempo. El diagnóstico es trastorno bipolar II, con características psicóticas, si los síntomas psicóticos se han presentado exclusivamente durante episodios depresivos mayores.

Trastorno esquizoafectivo. El trastorno esquizoafectivo se caracteriza por períodos en los que los síntomas depresivos concurren con la fase activa.

síntomas de esquizofrenia y períodos en los que se producen delirios o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio depresivo mayor. El diagnóstico es trastorno bipolar II, con características psicóticas, si los síntomas psicóticos se han presentado exclusivamente durante episodios depresivos mayores.

Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica debe hacerse en lugar del trastorno bipolar II si se considera que los episodios hipomaníacos, según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o el examen físico, son la consecuencia fisiológica directa de otra afección médica (p. , enfermedad de Cushing, esclerosis múltiple).

Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

Un trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno bipolar II por el hecho de que una sustancia (p. ej., estimulantes, fenciclidina) o medicación (p. ej., esteroides) se considera etiológicamente relacionada con los episodios de hipomanía y depresión mayor. Debido a que las personas con un episodio hipomaníaco tienden a abusar de las sustancias durante un episodio, es importante determinar si el consumo de sustancias es consecuencia de un episodio hipomaníaco primario o si el episodio similar a la hipomanía ha sido causado por el consumo de sustancias. En algunos casos, un diagnóstico definitivo puede implicar establecer que los síntomas hipomaníacos o síntomas depresivos permanecen una vez que el individuo ya no usa la sustancia. Tenga en cuenta que los episodios hipomaníacos que surgen en el contexto del tratamiento con un medicamento antidepresivo pero que persisten en un nivel completamente sindrómico más allá del efecto fisiológico del medicamento justifican un diagnóstico de trastorno bipolar II en lugar de un trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) puede ser mal diagnosticado como trastorno bipolar II, especialmente en adolescentes y niños. Muchos síntomas del TDAH, como hablar en exceso, distracción y menos necesidad de dormir, se superponen con los síntomas de la hipomanía. La doble contabilización de los síntomas tanto del TDAH como del trastorno bipolar II puede evitarse si el médico aclara si los síntomas representan un episodio distinto y si está presente el aumento notable sobre el valor inicial requerido para el diagnóstico del trastorno bipolar II.

Desorden de personalidad. La misma convención que se aplica para el TDAH también se aplica cuando se evalúa a un individuo por un trastorno de la personalidad como el trastorno límite de la personalidad porque la labilidad del estado de ánimo y la impulsividad son comunes tanto en los trastornos de la personalidad como en el trastorno bipolar II. Los síntomas deben representar un episodio distinto, y debe estar presente el aumento notable sobre el valor inicial requerido para el diagnóstico de trastorno bipolar II. No se debe realizar un diagnóstico de un trastorno de la personalidad durante un episodio del estado de ánimo no tratado, a menos que la historia de por vida respalde la presencia de un trastorno de la personalidad.

Otros trastornos bipolares. El diagnóstico de trastorno bipolar II debe diferenciarse del trastorno bipolar I considerando cuidadosamente si ha habido episodios anteriores de manía y de otros trastornos bipolares y relacionados especificados y no especificados confirmando la presencia de hipomanía y depresión totalmente sindrómicas.

159

Comorbilidad EI

trastorno bipolar II suele estar asociado con uno o más trastornos mentales concurrentes, siendo los trastornos de ansiedad los más comunes.

Aproximadamente el 60% de las personas con trastorno bipolar II tienen tres o más trastornos mentales concurrentes; El 75 % tiene un trastorno de ansiedad, más comúnmente ansiedad social (38 %), fobia específica (36 %) y ansiedad generalizada (30 %). La prevalencia de por vida del trastorno de ansiedad comórbido no difiere entre los trastornos bipolar I y bipolar II, pero se asocia con un peor curso de la enfermedad. Los niños y adolescentes con trastorno bipolar II tienen una tasa más alta de trastornos de ansiedad concurrentes en comparación con aquellos con trastorno bipolar I, y el trastorno de ansiedad suele ser anterior al trastorno bipolar.

Los trastornos de ansiedad y uso de sustancias ocurren en individuos con trastorno bipolar II a un ritmo mayor que en la población general. Cabe señalar que la ansiedad y el consumo de sustancias concurrentes no parecen seguir un curso de la enfermedad que sea realmente independiente del trastorno bipolar II, sino que tienen fuertes asociaciones con los estados de ánimo. Por ejemplo, la ansiedad

los trastornos tienden a asociarse más con síntomas depresivos, y los trastornos por uso de sustancias se asocian moderadamente con síntomas hipomaníacos.

La prevalencia de los trastornos por uso de sustancias parece ser similar entre los trastornos bipolares I y bipolares II, más comúnmente los trastornos por consumo de alcohol (42%) y consumo de cannabis (20%). Los factores socioculturales influyen en el patrón de condiciones comórbidas en el trastorno bipolar II. Por ejemplo, los países con prohibiciones culturales contra el consumo de alcohol u otras sustancias pueden tener una menor prevalencia de comorbilidad por consumo de sustancias.

Las personas con trastorno bipolar II parecen tener tasas más bajas de trastorno de estrés postraumático comórbido en comparación con las personas con trastorno bipolar I.

Aproximadamente el 14% de las personas con trastorno bipolar II tienen al menos un trastorno alimentario de por vida, siendo el trastorno por atracones más común que la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa.

El síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual son comunes en mujeres con trastorno bipolar, especialmente en aquellas con trastorno bipolar II. Entre las mujeres que tienen síndrome premenstrual y/o trastorno disfórico premenstrual, los síntomas del estado de ánimo bipolar y la labilidad pueden ser más graves.

Las personas con trastorno bipolar II también tienen condiciones médicas comórbidas, que tienen el potencial de complicar sustancialmente el curso y el pronóstico. Estos incluyen enfermedades cardiovasculares, migraña y trastornos autoinmunes.

Trastorno ciclotímico

Criterios de diagnóstico

F34.0

- A. Durante al menos 2 años (al menos 1 año en niños y adolescentes) ha habido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios de un episodio hipomaníaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor .

- B. Durante el período de 2 años anterior (1 año en niños y adolescentes), los síntomas del Criterio A han estado presentes durante al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha estado sin síntomas durante más de 2 meses seguidos.
- C. Criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco nunca se han cumplido.
- D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.
- E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

160

- F. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar

si: **Con angustia ansiosa** (ver págs. 169–170)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración crónica del estado de ánimo fluctuante que implica numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntomas depresivos (Criterio A). Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, omnipresencia y/o duración para cumplir todos los criterios de un episodio hipomaníaco, y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, omnipresencia y/o duración para cumplir todos los criterios de depresión mayor. episodio. Durante el período inicial de 2 años (1 año para niños o adolescentes), los síntomas deben ser persistentes (presentes la mayoría de los días) y cualquier intervalo sin síntomas no debe durar más de 2 meses (Criterio B). El diagnóstico de trastorno ciclotímico se hace sólo si

nunca se han cumplido los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco (Criterio C).

Si un individuo con trastorno ciclotímico posteriormente (es decir, después de los 2 años iniciales en adultos o 1 año en niños o adolescentes) experimenta un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, el diagnóstico cambia a trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I u otro bipolar especificado o no especificado y trastorno relacionado (subclasificado como episodio hipomaníaco sin episodio depresivo mayor previo), respectivamente, y se descarta el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

El diagnóstico de trastorno ciclotímico no se realiza si el patrón de cambios de humor se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos (Criterio D), en cuyo caso los síntomas del estado de ánimo se consideran características asociadas del trastorno psicótico. La alteración del estado de ánimo tampoco debe atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio E). Aunque algunas personas pueden funcionar particularmente bien durante algunos de los períodos de hipomanía, durante el curso prolongado del trastorno, debe haber malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento como resultado de la alteración del estado de ánimo. Criterio F). El patrón prolongado de cambios de humor repetidos, a menudo impredecibles, puede conducir a un deterioro atribuible a los efectos negativos de los propios síntomas combinados con los efectos negativos que tiene el patrón de imprevisibilidad e inconsistencia en el funcionamiento interpersonal y el desempeño de roles (es decir, roles familiares, ocupacionales).

Predominio

La prevalencia de por vida del trastorno ciclotímico en los Estados Unidos y Europa es de aproximadamente 0,4% a 2,5%. La prevalencia en las clínicas de trastornos del estado de ánimo puede oscilar entre el 3% y el 5%. En la población general, el trastorno ciclotímico aparentemente es igualmente común en hombres y mujeres. En entornos clínicos, es más probable que las mujeres con trastorno ciclotímico se presenten para recibir tratamiento que los hombres.

Desarrollo y curso El trastorno

ciclotímico suele comenzar en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y, a veces, se considera que refleja una predisposición temperamental a otros trastornos de este capítulo. La gran mayoría de los jóvenes con trastorno ciclotímico experimentan el inicio de los síntomas del estado de ánimo antes de los 10 años. El trastorno ciclotímico suele tener un inicio insidioso y un curso persistente. Existe un riesgo del 15% al 50% de que una persona con trastorno ciclotímico

161

desarrollar posteriormente el trastorno bipolar I o el trastorno bipolar II; las tasas de conversión de diagnóstico son más altas en los jóvenes que en los adultos. La aparición tardía de síntomas hipomaníacos y depresivos persistentes y fluctuantes en la vida adulta debe diferenciarse claramente del trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica y del trastorno depresivo debido a otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple) antes de que se asigne el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II son más comunes entre los familiares biológicos de primer grado de personas con trastorno ciclotímico que en la población general. También puede haber un mayor riesgo familiar de trastornos relacionados con sustancias. El trastorno ciclotímico puede ser más común en los parientes biológicos de primer grado de personas con trastorno bipolar I que en la población general.

Diagnóstico diferencial

Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica se realiza cuando se considera que la alteración del estado de ánimo es atribuible al efecto fisiológico de una afección médica específica, generalmente crónica (p. ej., hipertiroidismo). Esta determinación se basa en la historia clínica, el examen físico y/o los hallazgos de laboratorio. Si se juzga que los síntomas hipomaníacos y depresivos no son la consecuencia fisiológica de la condición médica,

luego se codifican el trastorno mental primario (es decir, el trastorno ciclotímico) y la afección médica. Por ejemplo, este sería el caso si se considera que los síntomas del estado de ánimo son la consecuencia psicológica (no fisiológica) de tener una condición médica crónica, o si no existe una relación etiológica entre los síntomas hipomaníacos y depresivos y la condición médica. **bipolares y afines**

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno bipolar y afines inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distinguen del trastorno ciclotímico por el juicio de que una sustancia/medicamento (especialmente los estimulantes) está etiológicamente relacionado con la alteración del estado de ánimo. Los cambios de humor frecuentes en estos trastornos que sugieren un trastorno ciclotímico generalmente se resuelven después de suspender el uso de sustancias/medicamentos.

Trastorno bipolar I, con ciclado rápido, y trastorno bipolar II, con ciclado rápido.

Ambos trastornos pueden parecerse al trastorno ciclotímico en virtud de los frecuentes cambios marcados en el estado de ánimo. Por definición, en el trastorno ciclotímico nunca se han cumplido los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, mientras que el especificador de trastorno bipolar I y trastorno bipolar II "con ciclos rápidos" requiere que estén presentes episodios de estado de ánimo completo.

Trastorno límite de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad se asocia con cambios marcados breves y recurrentes en el estado de ánimo que pueden sugerir un trastorno ciclotímico. La participación en comportamientos potencialmente autodestructivos se puede ver en ambas condiciones, pero debería ocurrir en el contexto de otros síntomas hipomaníacos para estar relacionados con la ciclotimia. La inestabilidad del estado de ánimo en el trastorno límite de la personalidad ocurre en los dominios de la ansiedad, la irritabilidad y la tristeza, mientras que la euforia, la euforia y/o el aumento de la energía no son rasgos característicos del trastorno límite de la personalidad. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden diagnosticar tanto el trastorno límite de la personalidad como el trastorno ciclotímico.

Comorbilidad Los

individuos con trastorno ciclotímico pueden presentar trastornos relacionados con sustancias y trastornos del sueño (es decir, dificultades para iniciar y mantener el sueño). Tasas de comorbilidad

Los trastornos psiquiátricos en niños con trastorno ciclotímico tratados en entornos psiquiátricos ambulatorios son mayores que los de los niños con conducta perturbadora/trastorno por déficit de atención/hiperactividad y similares a los de los niños con trastorno bipolar I o II.

Sustancia/Medicación Inducida Bipolar y Trastorno relacionado

Criterios de diagnóstico

- A. Una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía.
- B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Los síntomas en el Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento .
 - 2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno bipolar o relacionado que no sea inducido por sustancias/medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno bipolar independiente o relacionado podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un

trastorno bipolar independiente no inducido por sustancias/medicamentos y trastorno relacionado (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y cuando son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para los trastornos bipolares y relacionados inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1" y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias (ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno bipolar y relacionado inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]". ", según la gravedad del trastorno comórbido por uso de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después de un uso intenso de la sustancia una sola vez), entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el trastorno bipolar y relacionado inducido por la sustancia.

CIE-10-CM

	Con trastorno por consumo leve	con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Alcohol	F10.14	F10.24	F10.94
fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Otro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.14	F13.24	F13.94
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o desconocida)	F19.14	F19.24	F19.94

Especifique (vea la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia dada; o **especifique** “con inicio después del uso del medicamento ”): **Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de la medicación: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la suspensión de la medicación.

Procedimientos de registro EI

nombre del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que causa los síntomas del estado de ánimo bipolar. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de droga y la presencia o ausencia de un trastorno por consumo de sustancias comórbido.

Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código de "otra sustancia (o desconocida)"; y en los casos en que se juzgue que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se debe usar el mismo código.

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno por uso de sustancias comórbido (si lo hay) se enumera primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de síntomas irritables que aparecen durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.24 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno bipolar y relacionado inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno por consumo de cocaína grave comórbido. Si el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias ocurre sin un trastorno concomitante por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso único de la sustancia), no se observa ningún trastorno por consumo de sustancias acompañante (p. ej., F15.94 trastorno bipolar y relacionado inducido por anfetaminas). trastorno, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo de los síntomas del estado de ánimo bipolar, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F15.24 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno bipolar inducido por metilfenidato y trastorno relacionado, que comienza durante la intoxicación; F19 .94 trastorno bipolar y relacionado inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

164

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos es una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía (Criterio A); estos síntomas se consideran atribuibles a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una exposición a una toxina) (Criterio B).

Para cumplir con los criterios para el diagnóstico, el estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y el aumento de la actividad o la energía deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento, como lo demuestra la historia clínica, el examen físico , o hallazgos de laboratorio (Criterio B1), y la sustancia/medicamento involucrado debe ser capaz de producir un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento de la actividad o energía (Criterio B2). Además, el estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y el aumento de la actividad o la energía no se explican mejor por un trastorno bipolar y relacionado no inducido por sustancias/medicamentos.

La evidencia de un trastorno bipolar independiente y relacionado incluye la observación de que el estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y el aumento de actividad o energía precedieron al inicio del uso de sustancias/medicamentos, los síntomas persisten más allá de un período de tiempo considerable después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave (es decir, por lo general más de 1 mes), o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno bipolar independiente no inducido por sustancias/medicamentos y trastorno relacionado (Criterio C), como un historial de trastorno recurrente no inducido por sustancias o medicamentos. episodios maníacos inducidos. El diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos no debe hacerse cuando los síntomas aparecen exclusivamente durante el curso de un delirio (Criterio D). Finalmente, el diagnóstico requiere que los síntomas inducidos por la sustancia/medicamento causen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E). El diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Una excepción clave al diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos es el caso de hipomanía o manía que ocurre después del uso de medicamentos antidepresivos u otros tratamientos y persiste más allá de los efectos fisiológicos del medicamento. La persistencia de hipomanía o manía se considera un indicador de trastorno bipolar verdadero, no de trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos. De manera similar, los individuos con aparentes episodios maníacos o hipomaníacos inducidos por la terapia electroconvulsiva que persisten más allá de los efectos fisiológicos de la

tratamiento son diagnosticados con trastorno bipolar, no trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastorno relacionado. Además, los síntomas bipolares y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos pueden sugerir una diátesis bipolar subyacente en personas que no han sido diagnosticadas previamente con trastornos bipolares.

Los efectos secundarios de algunos antidepresivos y otros fármacos psicotrópicos (p. ej., nerviosismo, agitación) pueden parecerse a los síntomas primarios de un síndrome maníaco, pero son fundamentalmente distintos de los síntomas bipolares y son insuficientes para el diagnóstico. Es decir, los síntomas criterio de manía/hipomanía tienen especificidad (la simple agitación no es lo mismo que un exceso de implicación en actividades propositivas), y debe estar presente un número suficiente de síntomas (no solo uno o dos síntomas) para hacer estos diagnósticos. En particular, la aparición de uno o dos síntomas inespecíficos (irritabilidad, nerviosismo o agitación durante el tratamiento antidepresivo) en ausencia de un síndrome maníaco o hipomaníaco completo no debe tomarse para respaldar un diagnóstico de trastorno bipolar.

Funciones asociadas

Las sustancias/medicamentos que normalmente se consideran asociados con el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos incluyen la clase de drogas estimulantes, como

165

así como fenciclidina y esteroides; sin embargo, siguen surgiendo varias sustancias potenciales a medida que se sintetizan nuevos compuestos (p. ej., las llamadas sales de baño).

Predominio

Existen datos epidemiológicos limitados con respecto a la prevalencia de la manía o el trastorno bipolar inducidos por sustancias/medicamentos. La prevalencia del trastorno bipolar inducido por sustancias dependerá de la disponibilidad de sustancias y el nivel de consumo de sustancias en una sociedad; por ejemplo, los países con prohibiciones culturales contra el consumo de alcohol u otras sustancias pueden tener una menor prevalencia de trastornos relacionados con sustancias.

Desarrollo y curso En la manía

inducida por fenciclidina, la presentación inicial puede ser un delirio con características afectivas, que luego se convierte en un estado maníaco o maníaco mixto de apariencia atípica. Esta condición sigue a la ingestión o inhalación rápidamente, por lo general en cuestión de horas o, como máximo, unos pocos días. En estados maníacos o hipomaníacos inducidos por estimulantes, la respuesta es de minutos a 1 hora después de una o varias ingestiones o inyecciones. El episodio es muy breve y por lo general se resuelve en 1 a 2 días. Con los corticosteroides y algunos medicamentos inmunosupresores, la manía (o el estado mixto o depresivo) suele seguir varios días después de la ingestión, y las dosis más altas parecen tener una probabilidad mucho mayor de producir síntomas bipolares.

Marcadores de diagnóstico

La determinación de la sustancia de uso se puede realizar a través de marcadores en sangre u orina para corroborar el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial EI

trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos debe diferenciarse de otros trastornos bipolares, intoxicación por sustancias, abstinencia de sustancias, delirio inducido por sustancias y efectos secundarios de medicamentos (como se señaló anteriormente). Un episodio maníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un diagnóstico de trastorno bipolar I. Un episodio hipomaníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel completamente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un diagnóstico de trastorno bipolar II solo si es precedido por un episodio depresivo mayor.

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias.

En la intoxicación por sustancias

(p. ej., intoxicación por estimulantes) o abstinencia de sustancias (p. ej., abstinencia de cannabis) pueden presentarse euforia, irritabilidad y aumento de la energía. El diagnóstico de intoxicación por sustancias específicas o de abstinencia por sustancias específicas suele ser suficiente para categorizar la presentación de los síntomas. Un diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos

ya sea con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando el estado de ánimo eufórico o irritable o los síntomas de aumento de energía son predominantes en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Comorbilidad

Las comorbilidades son aquellas asociadas al uso de sustancias ilícitas (en el caso de estimulantes ilegales o fenciclidina) o desviación de estimulantes prescritos. Las comorbilidades relacionadas con medicamentos esteroideos o inmunosupresores son aquellas indicaciones médicas para estos preparados. El delirio puede ocurrir antes o junto con síntomas maníacos en individuos que ingieren fenciclidina o en aquellos a quienes se les recetan medicamentos con esteroides u otros medicamentos inmunosupresores.

166

Trastorno bipolar y relacionado debido a Otra condición médica

Criterios de diagnóstico

- A. Una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía.
- B. Hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La perturbación no se explica mejor por otra mental trastorno.

- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, o requiere hospitalización para evitar daño a sí mismo oa otros, o hay características psicóticas.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende del especificador (ver más abajo).

Especificar si:

F06.33 Con características maníacas: no se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco.

F06.33 Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco: se cumplen todos los criterios excepto el Criterio D para un episodio maníaco o excepto el Criterio F para un episodio hipomaníaco.

F06.34 Con rasgos mixtos: Los síntomas de depresión también están presentes pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.33 trastorno bipolar debido a hipertiroidismo, con características maníacas). La otra afección médica también debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno bipolar y relacionado debido a la afección médica (p. ej., E05.90 hipertiroidismo; F06.33 trastorno bipolar debido a hipertiroidismo, con características maníacas).

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica son la presencia de un período prominente y persistente de estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de actividad o energía que predomina en el cuadro clínico (Criterio A) que es atribuible a a otra condición médica (Criterio B). En la mayoría de los casos, el cuadro maníaco o hipomaníaco puede aparecer durante la presentación inicial de la condición médica (es decir, dentro de 1 mes); sin embargo, hay excepciones, especialmente en condiciones médicas crónicas que podrían empeorar o recaer y presagiar la

aparición del cuadro maníaco o hipomaníaco. El trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica no se diagnosticaría cuando los episodios maníacos o hipomaníacos precedieran definitivamente a la afección médica, porque el diagnóstico correcto sería trastorno bipolar (excepto en la circunstancia inusual en la que todos los episodios maníacos o hipomaníacos precedentes, o cuando solo ha ocurrido uno de esos episodios, el episodio maníaco o hipomaníaco anterior estuvo asociado con la ingestión de una sustancia/medicamento). El diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica no debe hacerse durante el curso de un delirio (Criterio D). El episodio maníaco o hipomaníaco en el trastorno bipolar y relacionado debido a otra condición médica debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento para calificar para este diagnóstico (Criterio E).

167

Funciones asociadas

La lista de condiciones médicas que se dice que pueden inducir la manía nunca está completa, y el mejor juicio del médico es la esencia de este diagnóstico. Entre las condiciones médicas más conocidas que pueden causar una condición bipolar maníaca o hipomaníaca se encuentran la enfermedad de Cushing y la esclerosis múltiple, así como los accidentes cerebrovasculares y las lesiones cerebrales traumáticas. Los anticuerpos contra el receptor de N metil-D-aspartato (NMDA) se han asociado con síntomas psicóticos o del estado de ánimo mixto o maníaco. En tales casos, la condición médica causante sería la encefalitis anti-receptor de NMDA.

Desarrollo y curso El trastorno

bipolar y relacionado debido a otra afección médica suele tener un inicio agudo o subagudo dentro de las primeras semanas o meses desde el inicio de la afección médica asociada. Sin embargo, no siempre es así, ya que un empeoramiento o una recaída posterior de la afección médica asociada pueden preceder a la aparición del síndrome maníaco o hipomaníaco. El médico debe hacer un juicio clínico en estas situaciones acerca de si la condición médica es causal, basado en la secuencia temporal así como en la plausibilidad de una relación causal. Finalmente, la condición puede remitir antes o justo después de la

la condición médica remite, particularmente cuando el tratamiento de los síntomas maníacos/hipomaníacos es efectivo.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la

cultura Las diferencias relacionadas con la cultura, en la medida en que exista alguna evidencia, pertenecen a aquellas asociadas con la afección médica (p. ej., las tasas de esclerosis múltiple y accidente cerebrovascular varían en todo el mundo en función de factores dietéticos, factores genéticos y otros). factores ambientales).

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las diferencias de género se relacionan con las asociadas con la afección médica (p. ej., el lupus eritematoso sistémico es más común en las mujeres; el accidente cerebrovascular es algo más común en los hombres de mediana edad que en las mujeres).

Marcadores de diagnóstico

Los marcadores de diagnóstico pertenecen a aquellos asociados con la condición médica (p. ej., niveles de esteroides en sangre u orina para ayudar a corroborar el diagnóstico de la enfermedad de Cushing, que puede estar asociada con síndromes maníacos o depresivos; pruebas de laboratorio que confirman el diagnóstico de esclerosis múltiple).

Consecuencias funcionales de la bipolaridad y afines Trastorno debido a otra condición médica

Las consecuencias funcionales de los síntomas bipolares pueden exacerbar las deficiencias asociadas con la condición médica y pueden generar peores resultados debido a la interferencia con el tratamiento médico.

Diagnóstico diferencial

Delirio y trastorno neurocognitivo mayor o leve. No se da un diagnóstico separado de trastorno bipolar y relacionado debido a otra condición médica si la alteración del estado de ánimo ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

Sin embargo, se puede dar un diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve si se considera que la alteración del estado de ánimo es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno.

trastorno neurocognitivo y si los síntomas de irritabilidad o estado de ánimo elevado son una parte importante de la presentación clínica.

168

Síntomas de catatonia y ansiedad aguda. Es importante diferenciar los síntomas de manía de los síntomas catatónicos excitados y de la agitación relacionada con estados de ansiedad agudos.

Síntomas maníacos o depresivos inducidos por medicamentos. Una observación importante del diagnóstico diferencial es que la otra afección médica puede tratarse con medicamentos (p. ej., esteroides o interferón alfa) que pueden inducir síntomas depresivos o maníacos. En estos casos, el juicio clínico usando toda la evidencia disponible es la mejor manera de tratar de separar el más probable y/o el más importante de los dos factores etiológicos (es decir, asociación con la condición médica versus una sustancia/medicamento inducido). El diagnóstico diferencial de las condiciones médicas asociadas es relevante pero en gran medida más allá del alcance del presente manual.

Comorbilidad Las

condiciones comórbidas con el trastorno bipolar y relacionado debido a otra condición médica son aquellas asociadas con las condiciones médicas de relevancia etiológica.

El delirio puede ocurrir antes o junto con síntomas maníacos en personas con enfermedad de Cushing.

Otros bipolares especificados y relacionados Trastorno

F31.89

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en el trastorno bipolar y

clase diagnóstica de trastornos relacionados. La categoría de otro trastorno bipolar y relacionado especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno bipolar y relacionado específico. Esto se hace registrando "otro trastorno bipolar y relacionado especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "ciclotimia de corta duración").

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes:

- 1. Episodios hipomaníacos de corta duración (2 a 3 días) y episodios depresivos mayores:** Historia de por vida de uno o más episodios depresivos mayores en personas cuya presentación nunca ha cumplido los criterios completos para un episodio maníaco o hipomaníaco, pero que han experimentado dos o más episodios de hipomanía de corta duración que cumplen todos los criterios sintomáticos para un episodio hipomaníaco pero que solo duran 2 o 3 días. Los episodios de síntomas hipomaníacos no se superponen en el tiempo con los episodios depresivos mayores, por lo que la alteración no cumple los criterios de un episodio depresivo mayor, con características mixtas.

- 2. Episodios hipomaníacos con síntomas insuficientes y episodios depresivos mayores:** Historia de por vida de uno o más episodios depresivos mayores en individuos cuya presentación nunca cumplió los criterios completos para un episodio maníaco o hipomaníaco pero que han experimentado uno o más episodios de hipomanía que no cumplir con todos los criterios sintomáticos (es decir, al menos 4 días consecutivos de estado de ánimo elevado y uno o dos de los otros síntomas de un episodio hipomaníaco, o estado de ánimo irritable y dos o tres de los otros síntomas de un episodio hipomaníaco). Los episodios de síntomas hipomaníacos no se superponen en el tiempo con los episodios depresivos mayores, por lo que la alteración no cumple los criterios de un episodio depresivo mayor, con características mixtas.

- 3. Episodio hipomaníaco sin episodio depresivo mayor previo:** uno o más episodios hipomaníacos en un individuo

cuya presentación nunca ha cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor o un episodio maníaco.

169

4. **Ciclotimia de corta duración (menos de 24 meses):** múltiples episodios de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios de un episodio hipomaníaco y múltiples episodios de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor que persisten durante un período de menos de 24 meses (menos de 12 meses para niños o adolescentes) en un individuo cuya presentación nunca cumplió con los criterios completos para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco y no cumple con los criterios para ningún trastorno psicótico. Durante el curso del trastorno, los síntomas hipomaníacos o depresivos están presentes durante la mayoría de los días, el individuo no ha estado sin síntomas durante más de 2 meses seguidos y los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativos.
5. **Episodio maníaco superpuesto** a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otro trastorno psicótico. **Nota:** los episodios maníacos que forman parte del trastorno esquizoaffective no ameritan un diagnóstico adicional de otro trastorno bipolar y relacionado específico.

Trastorno bipolar y relacionado no especificado

F31.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en el trastorno bipolar y

clase diagnóstica de trastornos relacionados. La categoría de trastorno bipolar y relacionado no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por *no* especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno bipolar y relacionado específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. (p. ej., en entornos de salas de emergencia).

Trastorno del estado de ánimo no especificado

F39

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del estado de ánimo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que en el momento de la evaluación no cumplen todos los criterios para ninguno de los siguientes: los trastornos en las clases diagnósticas de trastornos bipolares o depresivos y en los que es difícil elegir entre trastorno bipolar no especificado y trastorno relacionado y trastorno depresivo no especificado (p. ej., agitación aguda).

Especificadores para trastornos bipolares y relacionados

Especificar si:

Con angustia ansiosa: La presencia de al menos dos de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar I está en remisión parcial o total); o del episodio hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar II (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar II está en remisión parcial o total); o durante la mayoría de los días sintomáticos en el trastorno ciclotímico:

1. Sentirse nervioso o tenso.
2. Sentirse inusualmente inquieto.

170

3. Dificultad para concentrarse debido a la preocupación.
4. Miedo a que algo terrible pueda suceder.
5. Sentir que el individuo podría perder el control de sí mismo o sí misma.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: tres síntomas.

Moderado-severo: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas con agitación motora.

Nota: La angustia ansiosa se ha observado como una característica destacada de los trastornos bipolar y depresivo mayor tanto en la atención primaria como en los entornos especializados de salud mental.

Los altos niveles de ansiedad se han asociado con un mayor riesgo de suicidio, una mayor duración de la enfermedad y una mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Como resultado, es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y los niveles de gravedad de la angustia ansiosa para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Con características mixtas: el especificador de características mixtas puede aplicarse al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o al episodio más reciente si el trastorno bipolar I está en remisión parcial o total) o al episodio hipomaníaco o depresivo mayor actual. episodio en el trastorno bipolar II (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar II está en remisión parcial o total):

Episodio maníaco o hipomaníaco, con características mixtas:

- A. Se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y al menos tres de los siguientes síntomas

están presentes durante la mayoría de los días del episodio actual o más reciente de manía o hipomanía: 1. Disforia prominente o estado de ánimo deprimido según lo indica el informe subjetivo (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., parece lloroso).).

2. Disminución del interés o placer en todas, o casi todas, las actividades (como lo indica el relato subjetivo o la observación realizada por otros).
3. Retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros; no simplemente sentimientos subjetivos de ralentización).
4. Fatiga o pérdida de energía.
5. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (no meramente auto-reproche o culpa por estar enfermo).
6. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas mixtos son observables por otros y representan un cambio del comportamiento habitual de la persona.
- C. Para individuos cuyos síntomas cumplen con los criterios de episodio completo tanto para manía como para depresión simultáneamente, el diagnóstico debe ser episodio maníaco, con características mixtas, debido al marcado deterioro y la gravedad clínica de la manía completa.
- D. Los síntomas mixtos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento).

Episodio depresivo, con características mixtas:

- A. Se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor y al menos tres de los siguientes síntomas maníacos/hipomaníacos.

los síntomas están presentes durante la mayoría de los días del episodio actual o más reciente de depresión: 1. Estado de ánimo elevado y expansivo.

2. Autoestima inflada o grandiosidad.

171

3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.

4. Vuelo de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se precipitan.

5. Aumento de energía o actividad dirigida a objetivos (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente).

6. Mayor o excesiva participación en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., participar en juergas de compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

7. Disminución de la necesidad de dormir (sentirse descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; en contraste con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por otros y representan un cambio del comportamiento habitual de la persona.

C. Para las personas cuyos síntomas cumplen con los criterios de episodio completo de manía y depresión simultáneamente, el diagnóstico debe ser episodio maníaco, con características mixtas.

D. Los síntomas mixtos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Se ha descubierto que las características mixtas asociadas con un episodio depresivo mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo del trastorno bipolar I o bipolar II. Como resultado, es clínicamente útil anotar la presencia de este especificador para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Con ciclado rápido: Presencia de al menos cuatro episodios afectivos en los 12 meses previos que cumplan los criterios de episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor en el trastorno bipolar I o que cumplan los criterios de episodio hipomaníaco o depresivo mayor en el trastorno bipolar II.

Nota: los episodios están delimitados por remisiones parciales o totales de al menos 2 meses o un cambio a un episodio de polaridad opuesta (p. ej., episodio depresivo mayor a episodio maníaco).

Nota: La característica esencial de un trastorno bipolar de ciclos rápidos es la aparición de al menos cuatro episodios del estado de ánimo durante los 12 meses anteriores. Estos episodios pueden ocurrir en cualquier combinación y orden. Los episodios deben cumplir con los criterios de duración y número de síntomas para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco y deben estar delimitados por un período de remisión total o un cambio a un episodio de polaridad opuesta. Los episodios maníacos e hipomaníacos se cuentan como si estuvieran en el mismo polo. Excepto por el hecho de que ocurren con más frecuencia, los episodios que ocurren en un patrón de ciclos rápidos no son diferentes de los que ocurren en un patrón de ciclos no rápidos. Los episodios del estado de ánimo que cuentan para definir un patrón de ciclos rápidos excluyen aquellos episodios causados directamente por una sustancia (p. ej., cocaína, corticosteroides) u otra afección médica.

Con rasgos melancólicos:

- A. Uno de los siguientes está presente durante el período más grave del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I o bipolar II está actualmente en remisión parcial o total):
 1. Pérdida del placer en todos , o casi todas, las actividades.
 2. Falta de reactividad a los estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de los siguientes: 1. Una

cualidad distintiva de estado de ánimo deprimido caracterizado por un profundo abatimiento, desesperación y/o mal humor o por el llamado estado de ánimo vacío.

2. Depresión que empeora regularmente por la mañana.

172

3. Despertarse temprano en la mañana (es decir, al menos 2 horas antes despertar habitual).
4. Marcada agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia significativa o pérdida de peso.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador "con rasgos melancólicos" se aplica si estos rasgos están presentes en la etapa más grave del episodio. Hay una ausencia casi completa de la capacidad para el placer, no simplemente una disminución. Una pauta para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que incluso los eventos muy deseados no se asocian con una marcada mejora del estado de ánimo. O el estado de ánimo no mejora en absoluto, o lo hace solo parcialmente (p. ej., hasta un 20 %–40 % de lo normal durante solo unos minutos a la vez). La "calidad distinta" del estado de ánimo que es característica del especificador "con rasgos melancólicos" se experimenta como cualitativamente diferente de la que se presenta durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más grave, más duradero o presente sin motivo no se considera distinto en calidad. Los cambios psicomotores casi siempre están presentes y son observables por otros.

Las características melancólicas exhiben solo una modesta tendencia a repetirse entre episodios en el mismo individuo. Son más frecuentes en pacientes hospitalizados, a diferencia de los ambulatorios; es menos probable que ocurran en condiciones más leves que en

episodios depresivos mayores más severos; y es más probable que ocurra en individuos con características psicóticas.

Con características atípicas: este especificador se aplica cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I o bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total).

- A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, el estado de ánimo mejora en respuesta a eventos positivos reales o potenciales).
- B. Dos (o más) de los siguientes:
 - 1. Aumento significativo de peso o aumento del apetito.
 - 2. Hipersomnia.
 - 3. Parálisis de plomo (es decir, sentimientos pesados y de plomo en los brazos o piernas).
 - 4. Un patrón prolongado de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que da como resultado un deterioro social u ocupacional significativo.
- C. No se cumplen los criterios de “con rasgos melancólicos” o “con catatonia” durante el mismo episodio.

Nota: La “depresión atípica” tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraste con las presentaciones “endógenas” más clásicas de depresión que eran la norma cuando la depresión rara vez se diagnosticaba en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos jóvenes) y hoy en día no lo tiene. no connota una presentación clínica poco común o inusual como podría implicar el término.

La reactividad del estado de ánimo es la capacidad de alegrarse cuando se presentan eventos positivos (p. ej., una visita de niños, elogios de otros). El estado de ánimo puede volverse eutímico (no triste) incluso durante largos períodos de tiempo si las circunstancias externas siguen siendo favorables. El aumento del apetito puede manifestarse por un aumento evidente de la ingesta de alimentos o por

aumento de peso. La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalizan al menos 10 horas de sueño por día (o al menos 2 horas más que cuando no se está deprimido). La parálisis de plomo se define como sentirse pesado, pesado o agobiado, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación generalmente está presente durante al menos una hora al día, pero a menudo dura muchos

173

horas a la vez. A diferencia de otras características atípicas, la sensibilidad patológica al rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad al rechazo ocurre tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque puede exacerbarse durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: Las ideas delirantes o las alucinaciones están presentes en cualquier momento en el episodio maníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o en el episodio maníaco o depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I está actualmente en remisión parcial o total) o en el episodio actual episodio depresivo mayor en el trastorno bipolar II (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total). Si hay características psicóticas, **especifique** si son congruentes con el estado de ánimo o incongruentes con el estado de ánimo:

Cuando se aplica al episodio maníaco actual o más reciente (en el trastorno bipolar I):

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: el contenido de todos los delirios y alucinaciones es consistente con los temas maníacos típicos de grandiosidad, invulnerabilidad, etc., pero también puede incluir temas de desconfianza o paranoia, especialmente con respecto a las dudas de los demás sobre las capacidades del individuo. , logros, etc.

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones no implica los temas maníacos típicos descritos anteriormente, o el contenido es una mezcla de temas incongruentes y congruentes con el estado de ánimo.

Cuando se aplica al episodio depresivo mayor actual o más reciente (en el trastorno bipolar I o el trastorno bipolar II):

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: el contenido de todos los delirios y alucinaciones es consistente con los temas depresivos típicos de insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones no involucra temas depresivos típicos de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas incongruentes y congruentes con el estado de ánimo. .

Con catatonia: este especificador se aplica al episodio maníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o al episodio maníaco o depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o al episodio depresivo mayor actual en el trastorno bipolar Trastorno bipolar II (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total) si las características catatónicas están presentes durante la mayor parte del episodio. Consulte los criterios para la catatonía asociada con un trastorno mental en el capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”.

Con inicio periparto: este especificador se aplica al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o a el actual hipomaníaco o

episodio depresivo mayor en el trastorno bipolar II (o el episodio hipomaníaco o depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total) si el inicio de los síntomas del estado de ánimo ocurre durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto.

Nota: Los episodios anímicos pueden tener su inicio ya sea durante el embarazo o el posparto. Alrededor del 50% de los episodios depresivos mayores posparto comienzan antes del parto. Por lo tanto, estos episodios se denominan colectivamente episodios ***periparto***.

Entre la concepción y el nacimiento, alrededor del 9% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo mayor. La mejor estimación de la prevalencia de un episodio depresivo mayor entre el nacimiento y los 12 meses posteriores al parto es justo por debajo del 7%.

Los episodios del estado de ánimo de inicio periparto pueden presentarse con o sin características psicóticas. El infanticidio (una ocurrencia rara) se asocia con mayor frecuencia con el posparto

174

episodios psicóticos que se caracterizan por alucinaciones de orden de matar al bebé o delirios de que el bebé está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden ocurrir en episodios graves del estado de ánimo posparto sin tales delirios o alucinaciones específicos.

Los episodios posparto del estado de ánimo (depresivo mayor o maníaco) con características psicóticas parecen ocurrir en 1 de cada 500 a 1 de cada 1000 partos y pueden ser más comunes en mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es particularmente mayor para las mujeres con episodios psicóticos posparto previos del estado de ánimo, pero también es elevado para aquellas con antecedentes de depresión o trastorno bipolar (especialmente trastorno bipolar I) y aquellas con antecedentes familiares de trastornos bipolares. .

Una vez que una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es de entre 30% y 50%.

Los episodios posparto deben diferenciarse del delirio que ocurre en el período posparto, que se distingue por un nivel fluctuante de conciencia o atención.

Los trastornos depresivos de inicio periparto deben distinguirse de la "tristeza de la maternidad" mucho más común, o lo que se conoce en términos profanos como "tristeza posparto".

La tristeza de la maternidad no se considera un trastorno mental y se caracteriza por cambios repentinos en el estado de ánimo (p. ej., la aparición repentina de lágrimas en ausencia de depresión) que no causan deterioro funcional y que probablemente son causados por cambios fisiológicos que ocurren después del parto. Es temporal y autolimitado, por lo general mejora rápidamente (en una semana) sin necesidad de tratamiento. Otros síntomas de la tristeza de la maternidad incluyen trastornos del sueño e incluso confusión que puede ocurrir poco después del parto.

Las mujeres perinatales pueden correr un mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos debido a anomalías de la tiroídes, así como a otras afecciones médicas que pueden causar síntomas depresivos.

Si se considera que los síntomas depresivos se deben a otra afección médica relacionada con el período perinatal, se debe diagnosticar un trastorno depresivo debido a otra afección médica en lugar de un episodio depresivo mayor, con inicio perinatal.

Con patrón estacional: este especificador se aplica al patrón de vida de los episodios del estado de ánimo. La característica esencial es un patrón estacional regular de al menos un tipo de episodio (es decir, manía, hipomanía o depresión). Los otros tipos de episodios pueden no seguir este patrón. Por ejemplo, un individuo puede tener manías estacionales pero tener

depresiones que no ocurren regularmente en una época específica del año.

- A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos mayores y una época particular del año (p. ej., en otoño o invierno) en el trastorno bipolar I o bipolar II.

Nota: No incluya casos en los que exista un efecto evidente de factores estresantes psicosociales relacionados con la estación (p. ej., estar desempleado regularmente cada invierno).

- B. Las remisiones completas (o un cambio de depresión mayor a manía o hipomanía o viceversa) también ocurren en una época característica del año (p. ej., la depresión desaparece en la primavera).
- C. En los últimos 2 años, los episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos mayores del individuo han demostrado una relación estacional temporal, como se definió anteriormente, y no han ocurrido episodios no estacionales de esa polaridad durante ese período de 2 años.
- D. Las manías, hipomanías o depresiones estacionales (como se describió anteriormente) superan sustancialmente en número a las manías, hipomanías o depresiones no estacionales que pueden haber ocurrido durante la vida del individuo.

Nota: El especificador “con patrón estacional” puede aplicarse al patrón de episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I y bipolar II, al patrón de episodios maníacos

y episodios hipomaníacos en el trastorno bipolar I, y al patrón de episodios hipomaníacos en el trastorno bipolar II. La característica esencial es el inicio y la remisión de episodios depresivos mayores, maníacos o hipomaníacos en momentos característicos del año. En la mayoría de los casos, los episodios depresivos mayores estacionales comienzan en otoño o

invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, puede haber episodios depresivos recurrentes de verano. Este patrón de inicio y remisión de episodios debe haber ocurrido durante al menos un período de 2 años, sin que ocurran episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos estacionales deben superar sustancialmente a los episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos no estacionales a lo largo de la vida del individuo.

Este especificador no se aplica a aquellas situaciones en las que el patrón se explica mejor por factores estresantes psicosociales relacionados con la temporada (p. ej., desempleo estacional u horario escolar). No está claro si un patrón estacional de episodios depresivos mayores es más probable en el trastorno depresivo mayor recurrente o en los trastornos bipolares. Sin embargo, dentro del grupo de trastornos bipolares, un patrón estacional de episodios depresivos mayores parece ser más probable en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. En algunas personas, el inicio de los episodios maníacos o hipomaníacos también puede estar relacionado con una estación en particular, con una estacionalidad máxima de manía o hipomanía desde la primavera hasta el verano.

La prevalencia del patrón estacional de tipo invernal parece variar con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con latitudes más altas. La edad también es un fuerte predictor de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes corren un mayor riesgo de sufrir episodios depresivos invernales.

Especificar

si: **En remisión parcial:** Los síntomas del episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios, o hay un período que dura menos de 2 meses sin ningún síntoma significativo de un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor. episodio depresivo mayor que sigue al final de dicho episodio.

En remisión completa: durante los últimos 2 meses, no hubo signos o síntomas significativos de la alteración.

Especifique la gravedad actual del episodio

maníaco: la gravedad se basa en el número de síntomas de criterio, la gravedad de esos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: se cumplen los criterios mínimos de síntomas para un episodio maníaco.

Moderado: aumento muy significativo de la actividad o deterioro del juicio.

Severo: Se requiere supervisión casi continua para prevenir daño físico a sí mismo oa otros.

Especifique la gravedad actual del episodio depresivo

mayor: la gravedad se basa en el número de síntomas de criterio, la gravedad de esos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos síntomas, si es que hay alguno, además de los necesarios para hacer el diagnóstico están presentes, la intensidad de los síntomas es angustiosa pero manejable, y los síntomas resultan en un deterioro menor en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional se encuentran entre los especificados como "leve" y "grave".

Severo: el número de síntomas excede sustancialmente al requerido para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es muy angustiosa e inmanejable, y los síntomas interfieren notablemente con el funcionamiento social y laboral.

¹Al distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor (EDM), es útil considerar que en el duelo el afecto predominante son los sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es un estado de ánimo depresivo persistente y la incapacidad de anticipar la felicidad o el placer. Es probable que la disforia en el duelo disminuya en intensidad durante días o semanas y ocurra en oleadas, los llamados dolores de duelo. Estas ondas suelen estar asociadas a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un MDE es más persistente y no está ligado a pensamientos o preocupaciones específicas. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones positivas y humor que no son característicos de la infelicidad y la miseria generalizadas que caracterizan a un MDE. El contenido del pensamiento asociado con el duelo generalmente presenta una preocupación por los pensamientos y recuerdos del difunto, en lugar de las cavilaciones autocriticas o pesimistas que se ven en un MDE. En el duelo, la autoestima generalmente se conserva, mientras que en un MDE, los sentimientos de inutilidad y autodesprecio son comunes. Si la ideación autodespectiva está presente en el duelo, generalmente implica fallas percibidas con respecto al difunto (p. ej., no visitarlo con la frecuencia suficiente, no decirle al difunto cuánto lo amaba). Si una persona en duelo piensa en la muerte y el morir, tales pensamientos generalmente se enfocan en el difunto y posiblemente en “unirse” al difunto, mientras que en un MDE tales pensamientos se enfocan en terminar con la propia vida por sentirse inútil, indigno de la vida o incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

¹Al distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor (EDM), es útil considerar que en el duelo el afecto predominante son los sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es un estado de ánimo depresivo persistente y la incapacidad de anticipar la felicidad o el placer. Es probable que la disforia en el duelo disminuya en intensidad durante días o semanas y ocurra en oleadas, los llamados dolores de duelo. Estas ondas suelen estar asociadas a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un MDE es más persistente y no está ligado a pensamientos o preocupaciones específicas. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones positivas y humor que no son característicos de la infelicidad y la miseria generalizadas que caracterizan a un MDE. El contenido del pensamiento asociado con el duelo generalmente presenta una preocupación por los pensamientos y recuerdos del difunto, en lugar de las cavilaciones autocriticas o pesimistas que se ven en un MDE. En el duelo, la autoestima generalmente se conserva, mientras que en un MDE son comunes los sentimientos de inutilidad y autodesprecio. Si la ideación autodespectiva está presente en el duelo, generalmente implica fallas percibidas con respecto al difunto (p. ej., no visitarlo con la frecuencia suficiente, no decirle al difunto cuánto lo amaba). Si una persona en duelo piensa en la muerte y el morir, tales pensamientos generalmente se enfocan en el difunto y posiblemente en “unirse” al difunto, mientras que en un MDE tales pensamientos se enfocan en terminar con la propia vida por sentirse inútil, indigno de la vida o incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Trastornos Depresivos

Los **trastornos depresivos** incluyen el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor (incluido el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y el trastorno depresivo no especificado. trastorno. La característica común de todos estos trastornos es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios relacionados que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo (p. ej., cambios somáticos y cognitivos en el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente). Lo que difiere entre ellos son cuestiones de duración, momento o presunta etiología.

Con el fin de abordar las preocupaciones en los Estados Unidos y, cada vez más, a nivel internacional sobre el potencial de sobrediagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en niños, un nuevo diagnóstico, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, se refiere a la presentación de niños con irritabilidad persistente y episodios frecuentes de el descontrol conductual extremo, se suma a los trastornos depresivos para niños hasta los 12 años. Su ubicación en este capítulo refleja el hallazgo de que los niños con este patrón de síntomas suelen desarrollar trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, en lugar de trastornos bipolares, a medida que maduran hacia la adolescencia y la edad adulta.

El trastorno depresivo mayor representa la condición clásica en este grupo de trastornos. Se caracteriza por episodios discretos de al menos 2 semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran considerablemente más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones entre episodios. Es posible un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque el trastorno es recurrente en la mayoría de los casos. Se debe considerar cuidadosamente la delimitación de la tristeza y el duelo normales de un episodio depresivo mayor. El duelo puede inducir un gran sufrimiento,

pero por lo general no induce un episodio de trastorno depresivo mayor.

Cuando ocurren juntos, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más severos y el pronóstico es peor en comparación con el duelo que no se acompaña de un trastorno depresivo mayor.

Los episodios depresivos mayores relacionados con el duelo tienden a ocurrir en personas con otras vulnerabilidades a los trastornos depresivos.

Una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente, se puede diagnosticar cuando la alteración del estado de ánimo continúa durante al menos 2 años en adultos o 1 año en niños. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5, incluye las categorías diagnósticas del DSM-IV de depresión mayor crónica y distimia.

Después de una cuidadosa revisión científica de la evidencia, el trastorno disfórico premenstrual se ha trasladado de un apéndice del DSM-IV ("Conjuntos de criterios y ejes proporcionados para estudios adicionales") a la Sección II del DSM-5. Casi 20 años de investigación adicional sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo específica y sensible al tratamiento que comienza algún tiempo después de la ovulación y remite a los pocos días de la menstruación y tiene un marcado impacto en el funcionamiento.

Un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos recetados y varias condiciones médicas pueden estar asociadas con fenómenos similares a la depresión. Este hecho se reconoce en los diagnósticos de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos y trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Criterios de diagnóstico

F34.81

- A. Arrebatos de cólera recurrentes y severos que se manifiestan verbalmente (p. ej., furia verbal) y/o conductualmente (p. ej., agresión física hacia personas o propiedades) que son extremadamente desproporcionados en intensidad o duración con respecto a la situación o provocación.

- B. Los arrebatos de mal genio son inconsistentes con el desarrollo nivel.
- C. Los arrebatos de mal genio ocurren, en promedio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los arrebatos de mal genio es persistentemente irritable o enojado la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por otros (p. ej., padres, maestros, compañeros).
- E. Los criterios A–D han estado presentes durante 12 meses o más.
A lo largo de ese tiempo, el individuo no ha tenido un período que dure 3 o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.
- F. Los criterios A y D están presentes en al menos dos de los tres entornos (es decir, en el hogar, en la escuela, con los compañeros) y son graves en al menos uno de estos.
- G. El diagnóstico no debe hacerse por primera vez antes 6 años o después de los 18 años.
- H. Por historia u observación, la edad de inicio de los Criterios A–E es antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un período definido que dure más de 1 día durante el cual se cumplieron todos los criterios de síntomas, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada para el desarrollo, como la que ocurre en el contexto de un evento muy positivo o su anticipación, no debe considerarse un síntoma de manía o hipomanía.

- J. Los comportamientos no ocurren exclusivamente durante un episodio de trastorno depresivo mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, trastorno depresivo persistente).

Nota: este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, el trastorno de conducta

y trastornos por consumo de sustancias. Las personas cuyos síntomas cumplen los criterios tanto para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como para el trastorno de oposición desafiantes solo deben recibir el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si una persona alguna vez experimentó un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe asignar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica o neurológica.

Características diagnósticas

La característica principal del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es la irritabilidad crónica grave y persistente. Esta irritabilidad severa tiene dos manifestaciones clínicas prominentes, la primera de las cuales son frecuentes arrebatos de mal genio. Estos arrebatos suelen ocurrir en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (este último en forma de agresión contra la propiedad, uno mismo u otros). Deben ocurrir con frecuencia (es decir, en promedio, tres o más veces por semana) (Criterio C) durante al menos 1 año en al menos dos entornos (Criterios E y F), como en el hogar y en la escuela, y deben ser inapropiado para el desarrollo (Criterio B). La segunda manifestación de irritabilidad severa consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o enojado que está presente entre los arrebatos de mal humor severos. Este estado de ánimo irritable o enojado debe ser característico del niño, estando presente la mayor parte del día, casi todos los días, y perceptible por otros en el entorno del niño (Criterio D).

La presentación clínica del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe distinguirse cuidadosamente de las presentaciones de otras afecciones relacionadas, en particular el trastorno bipolar pediátrico. De hecho, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se agregó al DSM-5 para abordar la preocupación considerable sobre la clasificación y el tratamiento apropiados de los niños que presentan irritabilidad crónica y persistente en relación con los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (es decir, episódico).

Algunos investigadores consideran que la irritabilidad grave, no episódica, es característica del trastorno bipolar en los niños, aunque tanto el DSM-IV como el DSM-5 requieren que tanto los niños como los adultos tengan distintos episodios de manía o hipomanía para calificar para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Durante las últimas décadas del siglo XX, esta afirmación de los investigadores de que la irritabilidad grave no episódica es una manifestación de la manía pediátrica coincidió con un aumento en las tasas en las que los médicos asignaban el diagnóstico de trastorno bipolar a sus pacientes pediátricos. Este fuerte aumento en las tasas parece atribuirse a los médicos que combinan al menos dos presentaciones clínicas en una sola categoría. Es decir, tanto las presentaciones episódicas clásicas de manía como las presentaciones no episódicas de irritabilidad grave se han etiquetado como trastorno bipolar en niños. En el DSM-5, el término **trastorno bipolar** se reserva explícitamente para presentaciones episódicas de síntomas bipolares. El DSM-IV no incluyó un diagnóstico diseñado para capturar a los jóvenes cuyos síntomas característicos consistían en una irritabilidad no episódica muy grave, mientras que el DSM-5, con la inclusión del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, proporciona una categoría distinta para tales presentaciones.

Predominio

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es común entre los niños que acuden a las clínicas de salud mental pediátrica. Las estimaciones de prevalencia del trastorno en la comunidad no están claras. En un estudio de cohorte basado en la población de niños brasileños de 11 años que utilizó un módulo específico para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, la prevalencia fue del 2,5 %.

No se han informado diferencias consistentes de género en la prevalencia en muestras de población, aunque las muestras clínicas informan una preponderancia masculina. Por ejemplo, hasta el 80 % de los niños que se presentaron en clínicas en Turquía con características de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en una revisión de expedientes eran niños. Los datos sugieren que el diagnóstico puede ser más común en grupos de edad más jóvenes (p. ej., 8,2% en una muestra comunitaria de niños de 6 años en los Estados Unidos).

Desarrollo y Curso

El inicio del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe ser antes de los 10 años y el diagnóstico no debe aplicarse a niños con una

edad de desarrollo menor de 6 años. Se desconoce si la condición se presenta solo de esta manera delimitada por edad. Debido a que es probable que los síntomas del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo cambien a medida que los niños maduran, el uso del diagnóstico debe restringirse a grupos de edad similares a aquellos en los que se ha establecido la validez (6 a 18 años).

Aproximadamente la mitad de los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo que viven en un área predominantemente rural en un estudio grande de EE. UU. continúan teniendo síntomas que cumplen los criterios para la afección 1 año después, aunque aquellos niños cuyos síntomas ya no alcanzan el umbral para el diagnóstico a menudo tienen síntomas persistentes., empeorando clínicamente la irritabilidad. Las tasas de conversión de irritabilidad grave no episódica a trastorno bipolar son muy bajas.

En cambio, los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y/o de ansiedad unipolares en la edad adulta.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los niños con irritabilidad crónica suelen presentar antecedentes psiquiátricos complicados. En tales niños, es común una historia relativamente extensa de irritabilidad crónica, que típicamente se manifiesta antes de que se cumplan los criterios completos para el síndrome. Tales presentaciones previas al diagnóstico pueden haber calificado para un diagnóstico de oposición desafiante.

180

trastorno. Muchos niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen síntomas que también cumplen los criterios para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y para un trastorno de ansiedad, y dichos diagnósticos a menudo se presentan desde una edad relativamente temprana. Para algunos niños, también se pueden cumplir los criterios para el trastorno depresivo mayor.

Ambiental. Los factores asociados con la vida familiar interrumpida, como el abuso psicológico o la negligencia, el trastorno psiquiátrico de los padres, la educación de los padres limitada, el hogar monoparental, el trauma temprano, la muerte de uno de los padres, el duelo de los padres, el divorcio y la desnutrición (p. ej., deficiencia de vitaminas) son asociado con los comportamientos centrales del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Genético y fisiológico. Los datos sugieren que un historial familiar de depresión puede ser un factor de riesgo para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. De acuerdo con esto, los datos de gemelos sugieren que la asociación entre la irritabilidad temprana y la depresión y ansiedad unipolares posteriores puede ser, en parte, mediada genéticamente.

En comparación con los niños con trastorno bipolar pediátrico u otras enfermedades mentales, aquellos con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo muestran similitudes y diferencias en los déficits de procesamiento de información. Por ejemplo, los déficits en el etiquetado de emociones faciales, así como la toma de decisiones perturbada y el control cognitivo, están presentes en niños con trastorno bipolar y en aquellos con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Sin embargo, es importante señalar que el mismo déficit conductual puede estar asociado con diferentes patrones de disfunción neuronal. También hay evidencia de disfunción específica del trastorno, como durante las tareas que evalúan el despliegue de la atención en respuesta a estímulos emocionales, que ha demostrado signos únicos de disfunción en niños con irritabilidad crónica.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura Los

datos relacionados con la cultura sobre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son limitados. Sin embargo, los factores socioculturales afectan la presentación de las características psicológicas centrales del trastorno, incluida la impulsividad, así como la emoción, la recompensa, la amenaza y la desregulación del comportamiento, especialmente en entornos caracterizados por graves trastornos sociales, como zonas de posconflicto o comunidades afectadas por conflictos de larga data. racismo y discriminación. Es importante distinguir el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo de las respuestas adaptativas a la adversidad que dependen del contexto y son transitorias.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género Existe cierta

evidencia de estudios con gemelos de que, si bien la irritabilidad tiene un fuerte componente genético en ambos sexos, los patrones difieren para niños y niñas. Para los niños, los factores genéticos parecen explicar una cantidad cada vez mayor de la variación del fenotipo de irritabilidad a lo largo de la infancia. Si bien los factores genéticos representan una gran proporción de la variación del fenotipo de irritabilidad en las niñas en edad escolar, esto disminuye en la adolescencia y la adultez temprana, y las influencias ambientales desempeñan un papel más importante.

Todavía no se sabe cómo este riesgo genético de irritabilidad se traduce en riesgo y pronóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo per se.

Consecuencias funcionales del trastorno de desregulación

disruptiva del estado de ánimo La irritabilidad grave y crónica, como la que se observa en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, se asocia con una marcada interrupción en las relaciones familiares y con los compañeros del niño, así como en el rendimiento escolar. Debido a su tolerancia a la frustración extremadamente baja, estos niños generalmente tienen dificultades para tener éxito en la escuela; a menudo no pueden participar en las actividades que normalmente disfrutan los niños sanos; su vida familiar se ve gravemente perturbada por sus arrebatos e irritabilidad; y tienen problemas para iniciar o mantener amistades. Niveles de disfunción en niños con trastorno bipolar y estado de ánimo disruptivo

181

trastorno de desregulación son generalmente comparables. Ambas condiciones provocan graves trastornos en la vida de la persona afectada y su familia. Tanto en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como en el trastorno bipolar pediátrico, la agresión y la hospitalización psiquiátrica son comunes.

Diagnóstico diferencial Debido

a que los niños y adolescentes crónicamente irritables generalmente presentan historias complejas, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe hacerse considerando la presencia o ausencia de otras múltiples condiciones. A pesar de la necesidad de considerar muchos otros síndromes, la diferenciación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo del trastorno bipolar y el trastorno negativista desafiante requiere un cuidado especial. evaluación.

Trastornos bipolares. La característica central que diferencia el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y los trastornos bipolares en niños involucra el curso longitudinal de los síntomas centrales. En los niños, al igual que en los adultos, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II se manifiestan como una enfermedad episódica con episodios discretos de perturbación del estado de ánimo que pueden diferenciarse de la del niño.

presentación típica. La perturbación del estado de ánimo que se produce durante un episodio maníaco es claramente diferente del estado de ánimo habitual del niño. Además, durante un episodio maníaco, el cambio en el estado de ánimo debe estar acompañado por la aparición o el empeoramiento de síntomas cognitivos, conductuales y físicos asociados (p. ej., distracción, aumento de la actividad dirigida a un objetivo), que también están presentes en un grado que es claramente diferente de la línea de base habitual del niño. Por lo tanto, en el caso de un episodio maníaco, los padres (y, según el nivel de desarrollo, los niños) deberían poder identificar un período de tiempo distinto durante el cual el estado de ánimo y el comportamiento del niño fueron marcadamente diferentes de lo habitual. Por el contrario, la irritabilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es persistente y está presente durante muchos meses; si bien puede aumentar y disminuir hasta cierto punto, la irritabilidad severa es característica del niño con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Por lo tanto, mientras que los trastornos bipolares son condiciones episódicas, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no lo es. De hecho, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no se puede asignar a un niño que alguna vez experimentó un episodio maníaco o hipomaníaco de duración completa (irritabilidad o euforia) o que alguna vez tuvo un episodio maníaco o hipomaníaco que duró más de 1 día. Otra característica diferenciadora central entre los trastornos bipolares y el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es la presencia de un estado de ánimo elevado o expansivo y de grandiosidad.

Estos síntomas son características comunes de la manía, pero no son característicos del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno de oposición desafiante Si bien los síntomas del trastorno negativista desafiante generalmente ocurren en niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, los síntomas del estado de ánimo del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son relativamente raros en niños con trastorno negativista desafiante. Las características clave que justifican el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en niños cuyos síntomas también cumplen los criterios del trastorno negativista desafiante son la presencia de arrebatos graves y frecuentemente recurrentes y una alteración persistente del estado de ánimo entre los arrebatos. Además, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo requiere un deterioro grave en al menos un entorno (es decir, el hogar, la escuela o entre compañeros) y un deterioro de leve a moderado en un segundo entorno. Por esta razón, mientras que la mayoría de los niños cuyos síntomas cumplen con los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo también tendrán una presentación que cumple con los criterios para

trastorno negativista desafiante, lo contrario no es el caso. Es decir, solo aproximadamente el 15% de las personas con trastorno negativista desafiante cumplirían los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, incluso para los niños en los que se cumplen los criterios para ambos trastornos, solo se debe realizar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Finalmente, tanto los síntomas prominentes del estado de ánimo en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como el alto riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad en los estudios de seguimiento justifican la ubicación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo entre los trastornos depresivos en el DSM-5. (El trastorno negativista desafiante se incluye en el capítulo “Trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta”).

182

trastornos del estado de ánimo”). Esto refleja el componente del estado de ánimo más prominente entre las personas con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, en comparación con las personas con trastorno negativista desafiante. Sin embargo, también se debe tener en cuenta que el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo parece conllevar un alto riesgo de problemas de conducta y de estado de ánimo.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastorno del espectro autista.

A diferencia de los niños diagnosticados con trastorno bipolar o trastorno negativista desafiante, a quienes no se les puede dar un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo incluso si los síntomas cumplen los criterios diagnósticos para ese trastorno, los niños cuyos síntomas cumplen los criterios de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo también pueden recibir un diagnóstico comórbido de TDAH, trastorno depresivo mayor y/o trastorno de ansiedad. Sin embargo, los niños cuya irritabilidad está presente solo en el contexto de un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo persistente deben recibir uno de esos diagnósticos en lugar del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo pueden tener síntomas que también cumplen con los criterios de un trastorno de ansiedad y pueden recibir ambos diagnósticos, pero los niños cuya irritabilidad se manifiesta solo en el contexto de la exacerbación de un trastorno de ansiedad deben recibir el diagnóstico de trastorno de ansiedad relevante en lugar del estado de ánimo disruptivo. trastorno de desregulación. Además, los niños con trastornos del espectro autista frecuentemente presentan arrebatos de mal genio cuando, por ejemplo, se alteran sus rutinas. En ese caso, el temperamento

los arrebatos se considerarían secundarios al trastorno del espectro autista, y el niño no debería recibir el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno explosivo intermitente-Los niños con síntomas sugestivos de trastorno explosivo intermitente presentan casos de arrebatos de mal genio severos, muy parecidos a los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Sin embargo, a diferencia del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno explosivo intermitente no requiere que el estado de ánimo del individuo sea persistentemente irritable o enojado entre arrebatos. Además, un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente que involucra agresión verbal o agresión física que no da como resultado daños a la propiedad o lesiones físicas a animales u otras personas que ocurren al menos dos veces por semana se puede hacer después de solo 3 meses de síntomas, en contraste con el Requisito de 12 meses para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Por lo tanto, estos dos diagnósticos no deben hacerse en el mismo niño. Para los niños con arrebatos e irritabilidad persistente intercurrente, solo se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Comorbilidad Las

tasas de comorbilidad en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son extremadamente altas. Es raro encontrar individuos cuyos síntomas cumplan con los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo solo. La comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y otros síndromes definidos por el DSM parece mayor que para muchas otras enfermedades mentales pediátricas; la superposición más fuerte es con el trastorno negativista desafiante. No sólo es alta la tasa general de comorbilidad en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, sino que también la gama de enfermedades comórbidas parece particularmente diversa. Estos niños generalmente se presentan en la clínica con una amplia gama de síntomas y diagnósticos de comportamiento disruptivo, estado de ánimo, ansiedad e incluso trastornos del sueño. Sin embargo, los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no deben tener síntomas que cumplan con los criterios del trastorno bipolar, ya que en ese contexto, solo se debe realizar el diagnóstico de trastorno bipolar. Si los niños tienen síntomas que cumplen los criterios para el trastorno negativista desafiante o el trastorno explosivo intermitente **y** el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, solo se debe asignar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Además, como se señaló anteriormente, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no debe asignarse si los síntomas ocurren solo en un contexto que provoca ansiedad, cuando se alteran las rutinas de un niño con trastorno del espectro autista o trastorno obsesivo-compulsivo, o en el contexto de un episodio depresivo mayor.

183

Trastorno depresivo mayor

Criterios de diagnóstico

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso).
(Nota: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)
2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. **(Nota:** en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo u observado por otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

Nota: Los criterios A–C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe considerarse cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.¹

- D. Al menos un episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superpone a

esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- episodio.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

184

Procedimientos de codificación y registro

El código de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor se basa en si se trata de un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas solo se indican si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor. Los especificadores de remisión solo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	episodio único	Episodio recurrente*
Leve (pág. 214)	F32.0	F33.0
Moderado (pág. 214)	F32.1	F33.1
Grave (pág. 214)	F32.2	F33.2
Con rasgos psicóticos** (págs. 212-213)	F32.3	F33.3
En remisión parcial (pág. 214)	F32.4	F33.41
En remisión completa (pág. 214)	F32.5	F33.42
sin especificar	F32.9	F33.9

*Para que un episodio se considere recurrente, debe haber un intervalo de al menos 2 meses consecutivos entre episodios separados en los que no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. Las definiciones de especificadores se encuentran en las páginas indicadas.

**Si hay características psicóticas, codifique el especificador "con características psicóticas", independientemente de la gravedad del episodio.

Al registrar el nombre de un diagnóstico, los términos deben enumerarse en el siguiente orden: trastorno depresivo mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión, seguidos de tantos de los siguientes especificadores sin códigos que se apliquen al episodio actual (o el episodio más reciente si el trastorno depresivo mayor está en remisión parcial o total). **Nota:** El especificador "con patrón estacional" describe el patrón de episodios depresivos mayores recurrentes.

Especificar

si: **Con angustia ansiosa** (págs. 210–211)

Con características mixtas (pág. 211)

Con rasgos melancólicos (págs. 211–212)

185

Con rasgos atípicos (pág. 212)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 213)

Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo (pág. 213)

Con catatonia (pág. 213). **Nota de codificación:** utilice el código adicional F06.1.

Con inicio periparto (pág. 213)

Con patrón estacional (se aplica al patrón de episodios depresivos mayores recurrentes) (p. 214)

Características diagnósticas

El trastorno depresivo mayor se define por la presencia de al menos un episodio depresivo mayor que ocurre en ausencia de antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período que dura al menos 2 semanas durante las cuales hay un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día casi todos los días (Criterio A). El individuo también debe

experimenta al menos cuatro síntomas adicionales durante el mismo período de 2 semanas, extraídos de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso, el sueño y la actividad psicomotora; disminución de la energía; sentimientos de inutilidad o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; o pensamientos de muerte, ideación suicida, intento de suicidio o un plan específico para el comportamiento suicida. Para contar para un diagnóstico de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe estar presente recientemente o haber empeorado claramente en comparación con el estado previo al episodio del individuo. Además, los síntomas deben ocurrir casi todos los días, durante al menos 2 semanas consecutivas, a excepción de los pensamientos de muerte y la ideación suicida, que deben ser recurrentes, y el intento de suicidio o la elaboración de un plan específico, que solo debe ocurrir una vez. El episodio debe ir acompañado de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Para algunas personas con episodios más leves, el funcionamiento puede parecer normal pero requiere un esfuerzo mucho mayor. El síntoma de presentación suele ser el insomnio o la fatiga en lugar del estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés; por lo tanto, la falta de sondeo de los síntomas depresivos que lo acompañan puede resultar en un diagnóstico infradiagnóstico. La fatiga y la alteración del sueño están presentes en una alta proporción de casos; los trastornos psicomotores son mucho menos comunes, pero indican una mayor gravedad general, al igual que la presencia de culpa delirante o casi delirante.

El estado de ánimo en un episodio depresivo mayor suele ser descrito por el individuo como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "decaído" (Criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede negarse al principio, pero posteriormente puede ser provocada por la entrevista (p. ej., al señalar que el individuo parece que está a punto de llorar). En algunos individuos que se quejan de sentirse "blah", no tener sentimientos o sentirse ansiosos, se puede inferir la presencia de un estado de ánimo deprimido a partir de la expresión facial y el comportamiento del individuo. Algunas personas enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y molestias corporales) en lugar de informar sentimientos de tristeza.

Muchas personas informan o muestran una mayor irritabilidad (p. ej., ira persistente, una tendencia a responder a los eventos con arrebatos de ira o culpar a los demás, una sensación exagerada de frustración por asuntos menores). En niños y adolescentes, puede desarrollarse un estado de ánimo irritable o malhumorado en lugar de un estado de ánimo triste o abatido. Esta presentación debe diferenciarse de un patrón de irritabilidad ante la frustración.

La disminución del interés o el placer en las actividades habituales casi siempre está presente, al menos hasta cierto punto. Las personas pueden informar que se sienten menos interesados en los pasatiempos, que “ya no les importa” o que no sienten ningún placer en actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2).

Los miembros de la familia a menudo notan el aislamiento social o el abandono de pasatiempos placenteros (p. ej., un antiguo golfista ávido ya no juega, un niño que solía disfrutar del fútbol encuentra excusas para no practicar). En algunas personas, hay una reducción significativa de los niveles anteriores de interés o deseo sexual.

186

El cambio de apetito puede implicar una reducción o un aumento. Algunas personas deprimidas informan que tienen que obligarse a sí mismas a comer.

Otros pueden comer más y tener antojos de alimentos específicos (p. ej., dulces u otros carbohidratos). Cuando los cambios en el apetito son severos (en cualquier dirección), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en los niños, puede notarse una falla en lograr las ganancias de peso esperadas (Criterio A3).

La alteración del sueño puede tomar la forma de dificultad para dormir o de dormir en exceso (Criterio A4). Cuando el insomnio está presente, generalmente toma la forma de insomnio medio (es decir, despertarse durante la noche y luego tener dificultad para volver a dormirse) o insomnio terminal (es decir, despertarse demasiado temprano y no poder volver a dormirse). También puede ocurrir insomnio inicial (es decir, dificultad para conciliar el sueño). Las personas que se presentan con exceso de sueño (hipersomnia) pueden experimentar episodios prolongados de sueño por la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, la razón por la que el individuo busca tratamiento es por la alteración del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., la incapacidad para sentarse quieto, caminar, retorcerse las manos; o tirar o frotar la piel, la ropa u otros objetos) o retraso (p. ej., habla, pensamiento y movimientos corporales más lentos; pausas más frecuentes antes de responder; habla que está disminuida en volumen, inflexión, cantidad o variedad de contenido, o muda) (Criterio A5). La agitación o el retraso psicomotor deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otros y no representar meramente sentimientos subjetivos.

Los individuos que muestran cualquiera de los trastornos psicomotores (es decir, agitación o retraso psicomotor) probablemente tengan antecedentes del otro.

Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Un individuo puede informar fatiga sostenida sin esfuerzo físico. Incluso las tareas más pequeñas parecen requerir un esfuerzo sustancial. La eficiencia con la que se realizan las tareas puede verse reducida. Por ejemplo, una persona puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y toma el doble de tiempo de lo habitual. Este síntoma explica gran parte del deterioro resultante del trastorno depresivo mayor, tanto durante los episodios agudos como cuando la remisión es incompleta.

El sentimiento de inutilidad o culpa asociado con un episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas poco realistas de la propia valía o preocupaciones culposas o cavilaciones sobre fallas pasadas menores (Criterio A7). Tales individuos a menudo malinterpretan los eventos cotidianos neutrales o triviales como evidencia de defectos personales y tienen un sentido exagerado de responsabilidad por los eventos adversos. El sentimiento de inutilidad o culpa puede ser de proporciones delirantes (p. ej., un individuo que está convencido de que él o ella es personalmente responsable de la pobreza mundial). Culparse a sí mismo por estar enfermo y por no cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión es muy común y, a menos que sea delirante, no se considera suficiente para cumplir con este criterio.

Muchas personas informan una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o incluso tomar decisiones menores (Criterio A8). Pueden parecer distraídos con facilidad o quejarse de dificultades de memoria. Los que se dedican a actividades cognitivamente exigentes a menudo no pueden funcionar. En los niños, una caída precipitada en las calificaciones puede reflejar una falta de concentración. En las personas mayores, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con signos tempranos de demencia ("pseudodemencia"). Cuando el episodio depresivo mayor se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos individuos, particularmente en los ancianos, un episodio depresivo mayor a veces puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio (Criterio A9) son frecuentes. Pueden variar desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el individuo estuviera muerto, hasta pensamientos transitorios pero recurrentes de morir por suicidio, o un plan de suicidio específico. Los individuos suicidas más severos pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamentos actualizados, liquidación de deudas), adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y elegido un lugar y un momento para llevar a cabo el suicidio.

Las motivaciones para el suicidio pueden incluir el deseo de darse por vencido ante los obstáculos percibidos como insuperables,

187

un intenso deseo de poner fin a lo que se percibe como un estado emocional interminable y terriblemente doloroso, una incapacidad para prever cualquier disfrute en la vida, o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tal pensamiento puede ser una medida más significativa de la disminución del riesgo de suicidio que la negación de futuros planes de suicidio.

El grado de deterioro asociado con un episodio depresivo mayor varía, pero incluso en los casos más leves, debe haber una angustia clínicamente significativa o alguna interferencia en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). Si el deterioro es grave, el individuo puede perder la capacidad de funcionar social o laboralmente. En casos extremos, es posible que el individuo no pueda realizar un cuidado personal mínimo (p. ej., alimentarse y vestirse por sí mismo) o mantener una higiene personal mínima.

El informe de síntomas del individuo puede verse comprometido por dificultades para concentrarse, problemas de memoria o una tendencia a negar, descartar o explicar los síntomas. La información de informantes adicionales puede ser especialmente útil para aclarar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o anteriores y para evaluar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos. Debido a que los episodios depresivos mayores pueden comenzar gradualmente, es más probable que una revisión de la información clínica que se centre en la peor parte del episodio actual detecte la presencia de síntomas.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un individuo que también tiene otra afección médica (p. ej., cáncer, accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de criterio de un episodio depresivo mayor son idénticos a los de otra afección médica (p. ej., pérdida de peso con diabetes no tratada; fatiga con cáncer; hipersomnia al principio del embarazo; insomnio más adelante en el embarazo o en el puerperio). Dichos síntomas cuentan para un diagnóstico de depresión mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a otra afección médica. Síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, deterioro

concentración o indecisión, y los pensamientos suicidas deben evaluarse con especial cuidado en tales casos. Las definiciones de episodios depresivos mayores que se han modificado para incluir solo estos síntomas no vegetativos parecen identificar casi a las mismas personas que los criterios completos.

Funciones asociadas

El trastorno depresivo mayor se asocia con una alta mortalidad, gran parte de la cual se debe al suicidio; Sin embargo, no es la única causa. Por ejemplo, las personas deprimidas ingresadas en hogares de ancianos tienen una probabilidad marcadamente mayor de morir durante el primer año. Los individuos presentan con frecuencia llanto, irritabilidad, melancolía, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., dolores de cabeza, dolores articulares, abdominales u otros). En los niños, puede ocurrir ansiedad por separación.

Aunque existe una extensa literatura que describe los correlatos neuroanatómicos, neuroendocrinológicos y neurofisiológicos del trastorno depresivo mayor, ninguna prueba de laboratorio ha arrojado resultados con suficiente sensibilidad y especificidad para ser utilizada como herramienta de diagnóstico para este trastorno.

Hasta hace poco, la hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal había sido la anomalía más ampliamente investigada asociada con episodios depresivos mayores, y parece estar asociada con melancolía (un tipo de depresión particularmente grave), características psicóticas y riesgos de suicidio eventual. Los estudios moleculares también han implicado factores periféricos, incluidas variantes genéticas en factores neurotróficos y citocinas proinflamatorias. Además, los estudios de imágenes de resonancia magnética volumétrica y funcional proporcionan evidencia de anomalías en sistemas neuronales específicos que respaldan el procesamiento de emociones, la búsqueda de recompensas y la regulación de emociones en adultos con depresión mayor.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del trastorno depresivo mayor en los Estados Unidos es de aproximadamente 7%, con marcadas diferencias por grupo de edad, de modo que la prevalencia en personas de 18 a 29 años

es tres veces mayor que la prevalencia en personas de 60 años o más. El hallazgo más reproducible en la epidemiología del trastorno depresivo mayor ha sido una mayor prevalencia en mujeres, un efecto que alcanza su punto máximo en la adolescencia y luego se estabiliza. Las mujeres experimentan tasas aproximadamente dos veces más altas que los hombres, especialmente entre la menarquia y la menopausia. Las mujeres informan más síntomas atípicos de depresión caracterizados por hipersomnia, aumento del apetito y parálisis de plomo en comparación con los hombres.

Las revisiones sistemáticas muestran que la prevalencia puntual y de 12 meses del trastorno depresivo mayor varía entre ocho y nueve veces en las distintas regiones geográficas del mundo. En los Estados Unidos, la prevalencia aumentó de 2005 a 2015, con tasas de aumento más pronunciadas para los jóvenes en comparación con los grupos de mayor edad. Después de la estratificación por grupos etnoraciales, los blancos no hispanos mostraron un aumento significativo en la prevalencia después del ajuste por características demográficas, mientras que no se observó un cambio significativo en la tasa de depresión entre los negros no hispanos o los hispanos.

Desarrollo y curso El trastorno depresivo

mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de aparición aumenta notablemente con la pubertad. En los Estados Unidos, la incidencia parece alcanzar su punto máximo alrededor de los 20 años; sin embargo, el primer inicio en la vejez no es infrecuente.

El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunas personas rara vez experimentan remisión (un período de 2 o más meses sin síntomas, o solo uno o dos síntomas en un grado leve), mientras que otros experimentan muchos años con pocos o ningún síntoma entre episodios discretos. El curso de la depresión puede reflejar la adversidad estructural social asociada con la pobreza, el racismo y la marginación.

Es importante distinguir a los individuos que se presentan para recibir tratamiento durante una exacerbación de una enfermedad depresiva crónica de aquellos cuyos síntomas se desarrollaron recientemente. La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de trastornos subyacentes de la personalidad, la ansiedad y el uso de sustancias y disminuye la probabilidad de que el tratamiento sea seguido por la resolución completa de los síntomas. Por lo tanto, es útil pedir a las personas que presentan síntomas depresivos que identifiquen el último período de al menos 2 meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos.

síntomas. Los casos en los que los síntomas depresivos están presentes durante más días podrían justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo persistente.

La recuperación de un episodio depresivo mayor comienza dentro de los 3 meses posteriores al inicio para el 40% de las personas con depresión mayor y dentro de 1 año para el 80% de las personas. El inicio reciente es un fuerte determinante de la probabilidad de recuperación a corto plazo, y se puede esperar que muchas personas que han estado deprimidas durante solo varios meses se recuperen espontáneamente. Las características asociadas con tasas de recuperación más bajas, además de la duración del episodio actual, incluyen características psicóticas, ansiedad prominente, trastornos de personalidad y gravedad de los síntomas.

El riesgo de recurrencia disminuye progresivamente con el tiempo a medida que aumenta la duración de la remisión. El riesgo es mayor en personas cuyo episodio anterior fue grave, en personas más jóvenes y en personas que ya han experimentado múltiples episodios. La persistencia de síntomas depresivos incluso leves durante la remisión es un predictor poderoso de reaparición.

Muchas enfermedades bipolares comienzan con uno o más episodios depresivos, y una proporción sustancial de personas que inicialmente parecen tener un trastorno depresivo mayor demostrarán, con el tiempo, que tienen un trastorno bipolar. Esto es más probable en individuos con inicio de la enfermedad en la adolescencia, aquellos con características psicóticas y aquellos con antecedentes familiares de enfermedad bipolar. La presencia de un especificador "con características mixtas" también aumenta el riesgo de un futuro diagnóstico maníaco o hipomaníaco. El trastorno depresivo mayor, particularmente con características psicóticas, también puede convertirse en esquizofrenia, un cambio que es mucho más frecuente que al revés.

No hay efectos claros de la edad actual sobre el curso o la respuesta al tratamiento del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, existen algunas diferencias en los síntomas, de modo que la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en las personas más jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular los trastornos psicomotores, son más comunes en las personas mayores. Las depresiones con edades de inicio más tempranas son más familiares y es más probable que impliquen alteraciones de la personalidad. El curso del trastorno depresivo mayor dentro

los individuos generalmente no cambia con el envejecimiento. Los tiempos medios de recuperación no cambian a lo largo de varios episodios, y la probabilidad de estar en un episodio generalmente no aumenta ni disminuye con el tiempo.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La afectividad negativa (neuroticismo) es un factor de riesgo bien establecido para la aparición del trastorno depresivo mayor, y los niveles altos parecen hacer que las personas sean más propensas a desarrollar episodios depresivos en respuesta a eventos estresantes de la vida.

Ambiental. Las experiencias adversas en la infancia, particularmente cuando son múltiples y de diversa índole, constituyen un conjunto de potentes factores de riesgo para el trastorno depresivo mayor. Las mujeres pueden correr un riesgo desproporcionado de experiencias infantiles adversas, incluido el abuso sexual, que pueden contribuir al aumento de la prevalencia de la depresión en este grupo. Otros determinantes sociales de la salud mental, como bajos ingresos, educación formal limitada, racismo y otras formas de discriminación, están asociados con un mayor riesgo de trastorno depresivo mayor. Los eventos estresantes de la vida son bien reconocidos como precipitantes de los episodios depresivos mayores, pero la presencia o ausencia de eventos adversos de la vida cerca del inicio de los episodios no parece proporcionar una guía útil para el pronóstico o la selección del tratamiento. Etiológicamente, las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada por los principales factores de riesgo de depresión a lo largo de la vida, incluido el trauma interpersonal.

Genético y fisiológico. Los familiares de primer grado de personas con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de trastorno depresivo mayor de dos a cuatro veces mayor que el de la población general. Los riesgos relativos parecen ser mayores para las formas recurrentes y de inicio temprano. La heredabilidad es de aproximadamente el 40% y el rasgo de personalidad neuroticismo representa una parte sustancial de esta predisposición genética.

Las mujeres también pueden estar en riesgo de sufrir trastornos depresivos en relación con etapas específicas de la vida reproductiva, incluido el período premenstrual, el posparto y la perimenopausia.

Modificadores de curso. Esencialmente, todos los principales trastornos no relacionados con el estado de ánimo (es decir, ansiedad, uso de sustancias, relacionados con traumas y factores estresantes, alimentación y alimentación, y trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados) aumentan el riesgo de una

individuo que desarrolla depresión. Los episodios depresivos mayores que se desarrollan en el contexto de otro trastorno a menudo siguen un curso más refractario. El uso de sustancias, la ansiedad y los trastornos límite de la personalidad se encuentran entre los más comunes, y los síntomas depresivos que se presentan pueden oscurecer y retrasar su reconocimiento. Sin embargo, la mejoría clínica sostenida de los síntomas depresivos puede depender del tratamiento adecuado de las enfermedades subyacentes. Las condiciones médicas crónicas o incapacitantes también aumentan los riesgos de episodios depresivos mayores. Las enfermedades prevalentes como la diabetes, la obesidad mórbida y las enfermedades cardiovasculares a menudo se complican con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos que los episodios depresivos en individuos médicamente sanos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

cultura Aunque existe una variación transcultural sustancial en la prevalencia, el curso y la sintomatología de la depresión, se puede identificar un síndrome similar al trastorno depresivo mayor en diversos contextos culturales.

Los síntomas comúnmente asociados con la depresión en todos los contextos culturales, que no figuran en los criterios del DSM, incluyen aislamiento social o soledad, ira, llanto y dolor difuso. Una amplia gama de otras dolencias somáticas son

190

comunes y varían según el contexto cultural. Comprender el significado de estos síntomas requiere explorar su significado en los contextos sociales locales.

Los síntomas del trastorno depresivo mayor pueden no detectarse o informarse lo suficiente, lo que podría conducir a un diagnóstico erróneo, incluido el sobrediagnóstico de los trastornos del espectro de la esquizofrenia en algunos grupos étnicos y raciales que enfrentan discriminación. A nivel internacional, los niveles más altos de desigualdad de ingresos en una sociedad se asocian con una mayor prevalencia del trastorno depresivo mayor. En los Estados Unidos, la cronicidad del trastorno depresivo mayor parece ser mayor entre los afroamericanos y los negros caribeños en comparación con los blancos no latinos, posiblemente debido al impacto del racismo, la discriminación, una mayor adversidad socioestructural y la falta de acceso a una salud mental de calidad. cuidado.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género No hay diferencias claras entre los géneros en la respuesta al tratamiento o las consecuencias funcionales. Existe alguna evidencia de diferencias de sexo y género en la fenomenología y el curso de la enfermedad. Las mujeres tienden a experimentar más alteraciones en el apetito y el sueño, incluidas características atípicas como hiperfagia e hipersomnia, y es más probable que experimenten sensibilidad interpersonal y síntomas gastrointestinales. Los hombres con depresión, sin embargo, pueden ser más propensos que las mujeres deprimidas a reportar mayores frecuencias e intensidades de autoafrontamiento y estrategias de resolución de problemas desadaptativos, incluido el uso indebido de alcohol u otras drogas, la toma de riesgos y el control deficiente de los impulsos.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Las tasas de suicidio ajustadas por edad en los Estados Unidos han aumentado de 10,5 a 14,0 por 100.000 en las últimas dos décadas. Una revisión anterior de la literatura indicó que las personas con enfermedad depresiva tienen un riesgo de suicidio 17 veces mayor que la tasa de la población general ajustada por edad y sexo. La probabilidad de intentos de suicidio disminuye en la mediana edad y en la vejez, aunque el riesgo de muerte por suicidio no lo hace. La posibilidad de conducta suicida existe en todo momento durante los episodios depresivos mayores. El factor de riesgo descrito de manera más consistente es un historial de intentos o amenazas de suicidio, pero debe recordarse que la mayoría de las muertes por suicidio no están precedidas por intentos no fatales. La anhedonia tiene una asociación particularmente fuerte con la ideación suicida. Otras características asociadas con un mayor riesgo de muerte por suicidio incluyen ser soltero, vivir solo, desconexión social, adversidad en la vida temprana, disponibilidad de métodos letales como un arma de fuego, trastornos del sueño, déficits cognitivos y de toma de decisiones y tener sentimientos prominentes de desesperanza. . Las mujeres intentan suicidarse a una tasa más alta que los hombres, mientras que los hombres tienen más probabilidades de suicidarse. Sin embargo, la diferencia en la tasa de suicidio entre hombres y mujeres con trastornos depresivos es menor que en la población en general. Las comorbilidades, incluidos los rasgos agresivos-impulsivos, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por uso de sustancias, la ansiedad, otras afecciones médicas y el deterioro funcional, aumentan el riesgo de conducta suicida en el futuro.

Consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor Muchas de las consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor derivan de síntomas individuales. El deterioro puede ser muy leve, de modo que muchos de los que interactúan con el individuo afectado desconocen los síntomas depresivos. Sin embargo, el deterioro puede variar hasta la incapacidad total, de modo que el individuo deprimido no pueda atender las necesidades básicas de cuidado personal o sea mudo o catatónico. Para los individuos atendidos en entornos médicos generales, aquellos con trastorno depresivo mayor tienen más dolor y enfermedad física y mayores disminuciones en el funcionamiento físico, social y de roles. Las mujeres deprimidas reportan mayor deterioro funcional en sus relaciones que los hombres.

191

Diagnóstico diferencial

Episodios maníacos con estado de ánimo irritable o con rasgos mixtos.

Los episodios depresivos mayores con un estado de ánimo irritable prominente pueden ser difíciles de distinguir de los episodios maníacos con un estado de ánimo irritable o con características mixtas. Esta distinción requiere una evaluación clínica cuidadosa de la presencia de suficientes síntomas maníacos para cumplir con los criterios de umbral (es decir, tres si el estado de ánimo es maníaco, cuatro si el estado de ánimo es irritable pero no maníaco).

Trastorno bipolar I, trastorno bipolar II u otro trastorno bipolar y relacionado especificado.

Los episodios depresivos mayores junto con antecedentes de un episodio maníaco o hipomaníaco impiden el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Los episodios depresivos mayores con antecedentes de episodios hipomaníacos y sin antecedentes de episodios maníacos indican un diagnóstico de trastorno bipolar II, mientras que los episodios depresivos mayores con antecedentes de episodios maníacos (con o sin episodios hipomaníacos) indican un diagnóstico de trastorno bipolar I.

Por otro lado, las presentaciones de episodios depresivos mayores con antecedentes de períodos de hipomanía que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco pueden diagnosticarse como otro trastorno bipolar y relacionado específico o como trastorno depresivo mayor, dependiendo de dónde juzgue el médico la presentación. mejor caída. Por ejemplo, es mejor considerar la presentación como otro trastorno bipolar y relacionado especificado debido a la importancia clínica de los síntomas hipomaníacos por debajo del umbral, o la

la presentación puede considerarse mejor como un caso de trastorno depresivo mayor con algunos síntomas hipomaníacos por debajo del umbral entre episodios.

Trastorno depresivo debido a otra condición médica. Un diagnóstico de trastorno depresivo debido a otra condición médica requiere la presencia de una condición médica etiológica. El trastorno depresivo mayor no se diagnostica si todos los episodios de tipo depresivo mayor son atribuibles a la consecuencia fisiopatológica directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, hipotiroidismo).

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos. Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, una toxina) parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo. Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que se produce únicamente en el contexto de la abstinencia de la cocaína se diagnosticaría como trastorno depresivo inducido por la cocaína.

Trastorno depresivo persistente. El trastorno depresivo persistente se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, la mayoría de los días, durante al menos 2 años. Si se cumplen los criterios tanto para el trastorno depresivo mayor como para el trastorno depresivo persistente, ambos pueden diagnosticarse.

Trastorno disfórico premenstrual. El trastorno disfórico premenstrual se caracteriza por un estado de ánimo disfórico que está presente en la última semana antes del inicio de la menstruación, que comienza a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y que se vuelve mínimo o ausente en la semana posterior a la menstruación. Por el contrario, los episodios de trastorno depresivo mayor no están conectados temporalmente con el ciclo menstrual.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por arrebatos de cólera severos y recurrentes que se manifiestan verbal y/o conductualmente, acompañados de un estado de ánimo persistente o lábil, la mayor parte del día, casi todos los días, entre los arrebatos. Por el contrario, en el trastorno depresivo mayor, la irritabilidad se limita a los episodios depresivos mayores.

Episodios depresivos mayores superpuestos a esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno esquizofreniforme u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

Los síntomas depresivos pueden estar presentes durante la esquizofrenia, el trastorno delirante, el trastorno esquizofreniforme u otros trastornos especificados o no especificados.

espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Por lo general, estos síntomas depresivos pueden considerarse características asociadas de estos trastornos y no merecen una revisión.

192

diagnóstico separado. Sin embargo, cuando los síntomas depresivos cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, se puede hacer un diagnóstico de otro trastorno depresivo específico además del diagnóstico del trastorno psicótico.

Trastorno esquizoafectivo.

El trastorno esquizoafectivo se diferencia del trastorno depresivo mayor, con características psicóticas, por el requisito de que en el trastorno esquizoafectivo, los delirios o las alucinaciones están presentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio depresivo mayor.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. La distracción y la baja tolerancia a la frustración pueden ocurrir tanto en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como en un episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios para ambos, se puede diagnosticar TDAH además del trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, el médico debe tener cuidado de no sobrediagnosticar un episodio depresivo mayor en niños con TDAH cuya alteración del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por tristeza o pérdida de interés.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Un episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un estresor psicosocial se distingue del trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, por el hecho de que no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor en el trastorno de adaptación.

Duelo.

El duelo es la experiencia de perder a un ser querido por muerte. Por lo general, desencadena una respuesta de duelo que puede ser intensa y puede involucrar muchas características que se superponen con los síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, como tristeza, dificultad para dormir y falta de concentración. Las características que ayudan a diferenciar una respuesta de duelo relacionada con el duelo de un episodio depresivo mayor incluyen las siguientes: los afectos predominantes en el duelo son sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en un episodio depresivo mayor son un estado de ánimo persistentemente deprimido y una capacidad disminuida para experimentar placer. Además, es probable que el estado de ánimo disfórico del duelo disminuya en intensidad durante días o semanas y ocurra en

ondas que tienden a asociarse con pensamientos o recuerdos del difunto, mientras que el estado de ánimo deprimido en un episodio depresivo mayor es más persistente y no está ligado a pensamientos o preocupaciones específicas. Es importante señalar que en un individuo vulnerable (p. ej., alguien con antecedentes de trastorno depresivo mayor), el duelo puede desencadenar no solo una respuesta de duelo, sino también el desarrollo de un episodio de depresión o el empeoramiento de un episodio existente.

Tristeza. Finalmente, los períodos de tristeza son aspectos inherentes a la experiencia humana. Estos períodos no deben diagnosticarse como un episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (es decir, cinco de nueve síntomas), duración (es decir, la mayor parte del día, casi todos los días durante al menos 2 semanas) y angustia clínicamente significativa. o deterioro. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para presentaciones de estado de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplen los criterios de duración o gravedad.

Comorbilidad

Otros trastornos con los que suele coexistir el trastorno depresivo mayor son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

Mientras que las mujeres son más propensas que los hombres a reportar trastornos de ansiedad comórbidos, bulimia nerviosa y trastorno somatomorfo (síntomas somáticos y trastornos relacionados), los hombres tienen más probabilidades de reportar abuso comórbido de alcohol y sustancias.

193

Trastorno depresivo persistente

Criterios de diagnóstico

F34.1

Este trastorno representa una consolidación del trastorno depresivo mayor crónico definido por el DSM-IV y el trastorno distímico.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante la mayoría de los días, según lo indicado por el relato subjetivo o la observación de otros, durante al menos 2 años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes:

1. Falta de apetito o comer en exceso.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Baja energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Poca concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año para niños o adolescentes) del trastorno, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar presentes continuamente durante 2 años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
episodio.

F. El trastorno no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro espectro esquizofrénico especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Si los criterios son suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento durante el período de 2 años de estado de ánimo deprimido, entonces se debe realizar un diagnóstico separado de depresión mayor además del diagnóstico de trastorno depresivo persistente junto con el diagnóstico correspondiente. especificador (p. ej., con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio actual).

Especificar

si: **Con angustia ansiosa** (págs. 210–211)

Con rasgos atípicos (pág. 212)

Especificar

si: **En remisión parcial** (pág. 214)

En remisión completa (pág. 214)

Especificar

si: **Inicio temprano**: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio es a los 21 años o más.

Especifique si (para los 2 años más recientes de trastorno depresivo persistente): **Con síndrome distímico puro**: no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor en al menos los 2 años anteriores.

Con episodio depresivo mayor persistente: se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor durante el período anterior de 2 años.

194

Con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio actual: actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en al menos los 2 años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio depresivo mayor completo.

Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio actual:

Criterios completos para un episodio depresivo mayor

no se cumplen actualmente, pero ha habido uno o más episodios depresivos mayores en al menos los 2 años anteriores.

Especifique la gravedad

actual: **Leve** (p. 214)

Moderado (pág. 214)

Grave (pág. 214)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno depresivo persistente es un estado de ánimo depresivo que se presenta durante la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos 2 años, o al menos 1 año para niños y adolescentes (Criterio A). Este trastorno representa una consolidación del trastorno depresivo mayor crónico definido por el DSM-IV y el trastorno distímico. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente y los episodios depresivos mayores pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Las personas cuyos síntomas cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor durante 2 años deben recibir un diagnóstico de trastorno depresivo persistente, así como de trastorno depresivo mayor.

Las personas con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o “decaído”. Durante los períodos de ánimo deprimido, están presentes al menos dos de los seis síntomas del Criterio B. Debido a que estos síntomas se han convertido en parte de la experiencia diaria del individuo, particularmente en el caso de un inicio temprano (p. ej., “Siempre he sido así”), es posible que no se informen a menos que se le indique directamente al individuo. Durante el período de 2 años (1 año para niños o adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas que haya ocurrido no haya durado más de 2 meses (Criterio C).

Predominio

El trastorno depresivo persistente es efectivamente una amalgama del trastorno distímico DSM-IV y el episodio depresivo mayor crónico. La prevalencia de 12 meses en los Estados Unidos es de aproximadamente 0,5 % para el trastorno distímico y 1,5 % para el trastorno depresivo mayor crónico, con una prevalencia entre las mujeres de aproximadamente 1,5 y 2 veces mayor que la prevalencia

entre los hombres para cada uno de estos diagnósticos, respectivamente. Con base en estudios que utilizan procedimientos de verificación comparables, las estimaciones de distimia de por vida y de 12 meses del DSM-IV pueden ser más altas en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, el trastorno se asocia con un riesgo elevado de resultados suicidas y niveles comparables de discapacidad dondequiera que ocurra.

Desarrollo y curso El trastorno depresivo

persistente a menudo tiene un inicio temprano e insidioso (es decir, en la niñez, la adolescencia o la edad adulta temprana) y, por definición, un curso crónico. El trastorno límite de la personalidad es un factor de riesgo particularmente sólido para el trastorno depresivo persistente. Cuando coexisten el trastorno depresivo persistente y el trastorno límite de la personalidad, la covarianza de las características correspondientes a lo largo del tiempo sugiere el funcionamiento de un mecanismo común. El inicio temprano (es decir, antes de los 21 años) se asocia con una mayor probabilidad de trastornos de personalidad comórbidos y trastornos por uso de sustancias.

Cuando los síntomas aumentan al nivel de un episodio depresivo mayor, es probable que posteriormente reviertan a un nivel más bajo. Sin embargo, es mucho menos probable que los síntomas depresivos se resuelvan por completo en un período de tiempo determinado en el contexto de un trastorno depresivo persistente que en un episodio depresivo mayor no crónico.

195

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores que predicen un peor resultado a largo plazo incluyen niveles más altos de afectividad negativa (neuroticismo), mayor gravedad de los síntomas, peor funcionamiento global y presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Ambiental. Los factores de riesgo en la niñez incluyen la pérdida o separación de los padres y la adversidad infantil.

Genético y fisiológico. No hay diferencias claras en el desarrollo de la enfermedad, el curso o los antecedentes familiares entre el trastorno distímico DSM-IV y el trastorno depresivo mayor crónico. Hallazgos anteriores relacionados

por lo tanto, es probable que se apliquen al trastorno depresivo persistente. Por lo tanto, es probable que las personas con trastorno depresivo persistente tengan una mayor proporción de familiares de primer grado con trastorno depresivo persistente que las personas con trastorno depresivo mayor no crónico y más trastornos depresivos en general.

Varias regiones del cerebro (p. ej., la corteza prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo) se han implicado en el trastorno depresivo persistente. También existen posibles anomalías polisomnográficas.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura La anormalidad percibida o la tolerancia de los síntomas depresivos crónicos pueden variar entre culturas, lo que afecta la detección de síntomas y la aceptabilidad del tratamiento. Por ejemplo, algunos grupos sociales o cohortes de edad pueden considerar que los síntomas depresivos de larga data son reacciones normales a la adversidad.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas El

trastorno depresivo persistente se asocia con un riesgo elevado de resultados suicidas y niveles comparables de discapacidad, ya sea que el trastorno ocurra en países de ingresos altos, medios o bajos.

Consecuencias funcionales de la depresión persistente Trastorno

Es probable que el grado en que el trastorno depresivo persistente afecte el funcionamiento social y laboral varíe ampliamente, pero los efectos pueden ser tan grandes o mayores que los del trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Si hay un estado de ánimo depresivo durante más días que no, más dos o más síntomas de trastorno depresivo persistente del Criterio B durante 2 años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. Si los criterios de los síntomas son suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento durante este período, entonces se debe realizar el diagnóstico adicional de depresión mayor. La presencia comórbida de episodios depresivos mayores durante este período también debe ser notada por

asignar el especificador de curso apropiado al diagnóstico de trastorno depresivo persistente de la siguiente manera: si los síntomas del individuo actualmente cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, y ha habido períodos de al menos 8 semanas en al menos los 2 años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio depresivo mayor completo, entonces se asignaría el especificador "con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio actual". Si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, pero ha habido uno o más episodios depresivos mayores en al menos los 2 años anteriores, entonces se asigna el especificador "con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio actual". Si un episodio depresivo mayor

196

ha persistido durante al menos dos años y permanece presente, entonces se usa el especificador "con episodio depresivo mayor persistente". Si el individuo no ha experimentado un episodio de depresión mayor en los últimos 2 años, entonces se utiliza el especificador "con síndrome distímico puro".

Otro trastorno depresivo especificado. Porque los criterios para un episodio depresivo mayor incluyen síntomas (es decir, interés o placer notablemente disminuidos en las actividades; agitación o retraso psicomotor; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intento o plan de suicidio) que están ausentes en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente. (es decir, estado de ánimo deprimido y dos de los seis síntomas del Criterio B), un número muy limitado de personas tendrá síntomas depresivos que hayan persistido durante más de 2 años pero que no cumplan los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si se cumplieron todos los criterios para un episodio depresivo mayor en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad, se aplicaría un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. De lo contrario, se debe dar un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o trastorno depresivo no especificado.

Trastorno bipolar I y bipolar II. Una historia de un episodio maníaco o hipomaníaco impide el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. Una historia de episodios maníacos (con o sin episodios hipomaníacos) indica un diagnóstico de trastorno bipolar I. Antecedentes de episodios hipomaníacos (sin antecedentes de episodios maníacos en individuos con cuadros depresivos persistentes)

durante el cual se han cumplido los criterios para un episodio depresivo mayor) garantiza un diagnóstico de trastorno bipolar II. Otro trastorno bipolar especificado se aplica a personas cuyas presentaciones incluyen antecedentes de episodios hipomaníacos junto con una presentación depresiva persistente que nunca ha cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor.

Trastorno ciclotímico. Un diagnóstico de trastorno ciclotímico excluye el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. Por lo tanto, si durante el período que dura al menos 2 años de estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, durante la mayoría de los días, 1) hay numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco, 2) no ha habido ha habido períodos sin síntomas de más de 2 meses seguidos, y 3) nunca se han cumplido los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, entonces el diagnóstico sería trastorno ciclotímico en lugar de trastorno depresivo persistente.

Desórdenes psicóticos. Los síntomas depresivos son una característica asociada común de los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante). No se realiza un diagnóstico por separado de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren solo durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

Trastorno depresivo o bipolar y relacionado debido a otra condición médica.

Exactamente

El trastorno depresivo debe distinguirse de un trastorno depresivo o bipolar y relacionado debido a otra afección médica. El diagnóstico es trastorno depresivo o bipolar y relacionado debido a otra afección médica si se considera que la alteración del estado de ánimo, según la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio, es atribuible a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica específica, generalmente crónica. ej., esclerosis múltiple). Si se juzga que los síntomas depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica, se registra el trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo persistente) y se anota la afección médica como una afección médica concomitante (p. ej., diabetes mellitus).

Trastorno depresivo o bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

El trastorno depresivo o bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno depresivo persistente cuando una sustancia (p. ej., un

droga de abuso, un medicamento, una toxina) se considera etiológicamente relacionado con la alteración del estado de ánimo.

Desorden de personalidad. Un trastorno de la personalidad se caracteriza por un patrón duradero de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas del

197

la cultura del individuo, con inicio en la adolescencia o en la adultez temprana.

Los trastornos de personalidad suelen coexistir con el trastorno depresivo persistente. Si se cumplen los criterios para el trastorno depresivo persistente y un trastorno de la personalidad, se pueden diagnosticar ambos.

Comorbilidad En

comparación con las personas con trastorno depresivo mayor, las personas con trastorno depresivo persistente tienen un mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica en general y de trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos de personalidad en particular. El trastorno depresivo persistente de inicio temprano está fuertemente asociado con los trastornos de personalidad de los grupos B y C del DSM-5.

Trastorno disfórico premenstrual

Criterios de diagnóstico

F32.81

R. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas deben estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, comenzar a **mejorar** unos días después del inicio de la menstruación y volverse **mínimos** o estar ausentes en la semana posterior a la menstruación.

B. Uno (o más) de los siguientes síntomas deben estar presentes:

1. Marcada labilidad afectiva (p. ej., cambios de humor; sentirse repentinamente triste o lloroso, o aumento de la sensibilidad al rechazo).

2. Marcada irritabilidad o ira o aumento de relaciones interpersonales.
conflictos
3. Estado de ánimo depresivo marcado, sentimientos de desesperanza o
pensamientos de autodesprecio.
4. Marcada ansiedad, tensión y/o sentimientos de estar nervioso o nerviosos.

C. Además, debe estar presente uno (o más) de los siguientes síntomas, para llegar a un total de **cinco** síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B anterior.

1. Disminución del interés en las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, pasatiempos).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o marcada falta de energía.
4. Marcado cambio en el apetito; comer en exceso; o alimentos específicos antojos
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Una sensación de estar abrumado o fuera de control.
7. Síntomas físicos como sensibilidad o hinchazón en los senos, dolor en las articulaciones o los músculos, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A–C deben haberse cumplido para la mayoría de los ciclos menstruales que ocurrieron en el año anterior.

- D. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o interfieren con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás (p. ej., evitan las actividades sociales, disminuyen la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o el hogar).
- E. El trastorno no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos trastornos).

- F. El criterio A debe confirmarse mediante clasificaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (**Nota:** el diagnóstico puede hacerse provisionalmente antes de esta confirmación).
- G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra condición médica (p. ej., hipertiroidismo).

198

Procedimientos de registro Si

los síntomas no han sido confirmados por clasificaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debe anotar "provisional" después del nombre del diagnóstico (es decir, "trastorno disfórico premenstrual, provisional").

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad del estado de ánimo, irritabilidad, disforia y síntomas de ansiedad que ocurren repetidamente durante la fase premenstrual del ciclo y remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco tiempo después. Estos síntomas pueden ir acompañados de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber ocurrido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben tener un efecto adverso en el trabajo o el funcionamiento social. La intensidad y/o la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales del entorno, así como con las creencias religiosas, la tolerancia social, la actitud hacia el ciclo reproductivo femenino y, en términos más generales, las cuestiones relacionadas con el rol de género femenino.

Por lo general, los síntomas alcanzan su punto máximo alrededor del momento del inicio de la menstruación. Aunque no es raro que los síntomas persistan durante los primeros días de la menstruación, la persona debe tener un período sin síntomas en la fase folicular después de que comienza el período menstrual. Si bien los síntomas centrales incluyen síntomas del estado de ánimo y de ansiedad, también se presentan comúnmente síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas somáticos y/o conductuales en ausencia de síntomas anímicos y/o ansiosos no es suficiente para una

diagnóstico. Los síntomas son de gravedad comparable (pero no de duración) a los de otros trastornos mentales, como un episodio depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar un diagnóstico provisional, se requieren calificaciones prospectivas diarias de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

Los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo y/o un deterioro evidente y marcado en la capacidad para funcionar social o laboralmente en la semana anterior a la menstruación.

Funciones asociadas

Se han descrito delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual, pero son raros.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del trastorno disfórico premenstrual en la comunidad se estimó en un 5,8 % según un gran estudio realizado en Alemania. Otro estudio que analizó la prevalencia durante dos ciclos menstruales encontró que el 1,3 % de las mujeres que menstrúan tenían el trastorno en los Estados Unidos. Las estimaciones basadas en informes retrospectivos suelen ser más altas que las basadas en calificaciones diarias prospectivas. Sin embargo, las estimaciones basadas en un registro diario de síntomas durante 1 o 2 meses pueden no ser completamente representativas, ya que es posible que las personas con los síntomas más graves no puedan mantener el proceso de cálculo. La estimación más rigurosa de la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual en los Estados Unidos utilizando calificaciones prospectivas de dos ciclos menstruales consecutivos fue del 1,3 % para las mujeres cuyos síntomas cumplían con los criterios de diagnóstico, que experimentaron deterioro funcional y no tenían un trastorno mental concurrente. La prevalencia de los síntomas del trastorno disfórico premenstrual en las adolescentes puede ser mayor que la observada en las mujeres adultas.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno disfórico premenstrual puede ocurrir en cualquier momento después de la menarquia. La incidencia de casos nuevos durante un período de seguimiento de 40 meses en Alemania es del 2,5 % (intervalo de confianza del 95 % = 1,7–3,7). Los síntomas cesan

después de la menopausia, aunque el reemplazo hormonal cíclico puede desencadenar la reexpresión de los síntomas.

199

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los factores ambientales asociados con la expresión del trastorno disfórico premenstrual incluyen estrés, antecedentes de trauma interpersonal, cambios estacionales y aspectos socioculturales del comportamiento sexual femenino en general y los roles de género femenino en particular.

Genético y fisiológico. Ningún estudio ha examinado específicamente la heredabilidad en el trastorno disfórico premenstrual. Las estimaciones de la heredabilidad de los síntomas disfóricos premenstruales oscilan entre el 30 % y el 80 %, aunque no está claro si los síntomas en sí son hereditarios o si simplemente están asociados con otros factores o rasgos hereditarios.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura El trastorno disfórico premenstrual se ha observado en personas de los Estados Unidos, Europa, India, Nigeria, Brasil y Asia, con un amplio rango de prevalencia. Sin embargo, como ocurre con la mayoría de los trastornos mentales, la frecuencia, intensidad y expresividad de los síntomas; consecuencias percibidas; patrones de búsqueda de ayuda; y el manejo puede verse significativamente influenciado por factores sociales y culturales, como antecedentes de abuso sexual o violencia doméstica, apoyo social limitado y variaciones culturales en las actitudes hacia la menstruación.

Marcadores de diagnóstico

Como se indicó anteriormente, el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual se confirma de manera apropiada mediante 2 meses de calificaciones prospectivas de los síntomas. Varias escalas, incluida la Calificación diaria de la gravedad de los problemas y las Escalas análogas visuales para los síntomas del estado de ánimo premenstrual, se han validado y se usan comúnmente en ensayos clínicos para el trastorno disfórico premenstrual. La Escala de Calificación del Síndrome de Tensión Premenstrual tiene una versión de autoinforme y una de observador, las cuales tienen

ha sido validado y utilizado ampliamente para medir la gravedad de la enfermedad en mujeres con trastorno disfórico premenstrual.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas La fase premenstrual ha sido considerada por algunos como un período de riesgo para el suicidio.

Consecuencias funcionales de la disforia premenstrual Trastorno

El deterioro en el funcionamiento social puede manifestarse por discordia en la relación de pareja íntima y problemas con los niños, otros miembros de la familia o amigos que ocurren solo en asociación con el trastorno disfórico premenstrual (es decir, a diferencia de los problemas interpersonales crónicos).

También son importantes las deficiencias en el trabajo y la calidad de vida relacionada con la salud. Existe evidencia de que el trastorno disfórico premenstrual puede estar asociado con deterioros en la función y la calidad de vida relacionada con la salud que están a la par de los observados en el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente.

Diagnóstico diferencial

Síndrome premenstrual. El síndrome premenstrual se diferencia del trastorno disfórico premenstrual en que el síndrome premenstrual no requiere un mínimo de cinco síntomas ni sintomatología relacionada con el estado de ánimo, y generalmente se considera menos grave que el trastorno disfórico premenstrual.

El síndrome premenstrual puede ser más común que el trastorno disfórico premenstrual; su prevalencia estimada varía con números que rondan el 20%. Mientras que el síndrome premenstrual comparte la característica de la expresión de síntomas durante la fase premenstrual del ciclo menstrual, la presencia de síntomas somáticos o

Dismenorrea. La dismenorrea es un síndrome de menstruaciones dolorosas, pero es distinto de un síndrome caracterizado por cambios afectivos. Además, los síntomas de la dismenorrea comienzan con el inicio de la menstruación, mientras que los síntomas del trastorno disfórico premenstrual, por definición, comienzan antes del inicio de la menstruación, incluso si persisten hasta los primeros días de la menstruación.

Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente. Muchas mujeres con (ya sea de origen natural o inducido por sustancias/medicamentos) trastorno bipolar o depresivo mayor o trastorno depresivo persistente creen que tienen un trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, cuando registran los síntomas, se dan cuenta de que los síntomas no siguen un patrón premenstrual. Debido a que el inicio de la menstruación constituye un evento memorable, pueden informar que los síntomas ocurren solo durante el período premenstrual o que los síntomas empeoran antes de la menstruación. Este es uno de los fundamentos del requisito de que los síntomas se confirmen mediante clasificaciones prospectivas diarias.

El proceso de diagnóstico diferencial, particularmente si el médico se basa únicamente en los síntomas retrospectivos, se hace más difícil debido a la superposición entre los síntomas del trastorno disfórico premenstrual y algunos otros diagnósticos. La superposición de síntomas es particularmente importante para diferenciar el trastorno disfórico premenstrual de los episodios depresivos mayores, el trastorno depresivo persistente, los trastornos bipolares y el trastorno límite de la personalidad.

Uso de tratamientos hormonales. Algunas mujeres que presentan síntomas premenstruales de moderados a graves pueden estar usando tratamientos hormonales, incluidos los anticonceptivos hormonales. Si tales síntomas ocurren después del inicio del uso de hormonas exógenas, los síntomas pueden atribuirse al uso de hormonas más que a la condición subyacente del trastorno disfórico premenstrual. Si la mujer suspende las hormonas y los síntomas desaparecen, entonces esto es consistente con un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.

Otras condiciones médicas. Las mujeres con condiciones médicas crónicas pueden experimentar síntomas de disforia premenstrual. Al igual que con cualquier trastorno depresivo, se deben descartar las condiciones médicas que podrían explicar mejor los síntomas, como la deficiencia de tiroides y la anemia.

comorbilidad

Un episodio depresivo mayor es el trastorno previo informado con mayor frecuencia en personas que presentan un trastorno disfórico premenstrual. Una amplia variedad de afecciones médicas (p. ej., migraña, asma, alergias, trastornos convulsivos) u otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos y bipolares, trastornos de ansiedad, bulimia nerviosa, trastornos por consumo de sustancias) pueden empeorar en la fase premenstrual; sin embargo, la ausencia de un período libre de síntomas durante el intervalo posmenstrual evita el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual. Estas condiciones se consideran mejor como una exacerbación premenstrual de un trastorno mental o condición médica actual. Aunque el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual no debe asignarse en situaciones en las que una persona experimenta solo una exacerbación premenstrual de otro trastorno mental o físico, puede considerarse además del diagnóstico de otro trastorno mental o afección médica si la persona presenta síntomas y cambios en el nivel de funcionamiento que son característicos del trastorno disfórico premenstrual y marcadamente diferentes de los síntomas experimentados como p

201

Depresión inducida por sustancias/medicamentos Trastorno

Criterios de diagnóstico

- A. Un trastorno del estado de ánimo notorio y persistente que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una marcada disminución del interés o el placer en todas o casi todas las actividades.
- B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2): 1. Los síntomas en el Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento .

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno depresivo que no es inducido por sustancias/medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno depresivo independiente podría incluir lo siguiente: Los síntomas precedieron al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período considerable de tiempo (p., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y cuando son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para los trastornos depresivos inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter de 4^a posición es “1” y el médico debe registrar “trastorno leve por consumo de [sustancias]” antes que el trastorno depresivo inducido por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de sustancias”). trastorno por consumo de cocaína con depresión inducida p

trastorno"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]". dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después de un uso intenso de la sustancia por única vez), entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el trastorno depresivo inducido por la sustancia.

202

CIE-10-CM

	Con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Con trastorno por consumo leve		
Alcohol	F10.14	F10.24
fenciclidina	F16.14	F16.24
Otro alucinógeno	F16.14	F16.24
Inhalador	F18.14	F18.24
opioide	F11.14	F11.24
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.14	F13.24
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.14	F15.24
Cocaína	F14.14	F14.24
Otra sustancia (o desconocida)	F19.14	F19.24

Especifique (vea [la Tabla 1](#) en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia dada; o **especifique** “con inicio después del uso del medicamento ”): **Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de la medicación: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la suspensión de la medicación.

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que causa los síntomas depresivos. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de droga y la presencia o ausencia de un trastorno por consumo de sustancias comórbido. Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código de "otra sustancia (o desconocida)"; y en los casos en que se juzgue que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se debe usar el mismo código.

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno por uso de sustancias comórbido (si lo hay) se enumera primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre del trastorno depresivo inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de síntomas depresivos que ocurren durante la abstinencia en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.24 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína, con inicio durante la abstinencia. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno por consumo de cocaína grave comórbido. Si el trastorno depresivo inducido por sustancias ocurre sin un trastorno por consumo de sustancias comórbido (p. ej., después de un consumo intenso único de la sustancia), no se observa ningún trastorno por consumo de sustancias acompañante (p. ej., F16.94 trastorno depresivo inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se juzga que más de una sustancia juega un papel importante en el desarrollo de la depresión

síntomas del estado de ánimo, cada uno debe enumerarse por separado (p. ej., F15.24 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno depresivo inducido por metilfenidato, con inicio durante la abstinencia; F19.94 trastorno depresivo inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos es una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una marcada disminución del interés o el placer en todas o casi todas las actividades (Criterio A) que se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una exposición a una toxina) (Criterio B). Para cumplir con los criterios para el diagnóstico, los síntomas depresivos deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento, como lo demuestra la historia clínica, el examen físico o los resultados de laboratorio (Criterio B1), y la sustancia/medicamento involucrado debe ser capaz de producir los síntomas depresivos (Criterio B2). Además, los síntomas depresivos no se explican mejor por un trastorno depresivo no inducido por sustancias/medicamentos.

La evidencia de un trastorno depresivo independiente incluye la observación de que los síntomas depresivos precedieron al inicio del uso de sustancias/medicamentos, los síntomas depresivos persisten más allá de un período sustancial de tiempo después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación severa, o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (Criterio C), como antecedentes de episodios depresivos recurrentes no inducidos por sustancias. Este diagnóstico no debe hacerse cuando los síntomas ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio (Criterio D). Finalmente, el diagnóstico requiere que los síntomas depresivos inducidos por la sustancia/medicamento causen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E). El diagnóstico de trastorno depresivo inducido por sustancias debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando

los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Las dos categorías de drogas de abuso con mayor probabilidad de causar un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos son los depresores (p. ej., intoxicación con alcohol, benzodiazepinas y otras drogas sedantes, hipnóticas o ansiolíticas) y estimulantes (p. ej., abstinencia de sustancias de tipo anfetamínico y cocaína). Algunos medicamentos (p. ej., esteroides, medicamentos antihipertensivos como clonidina, guanetidina, metildopoa y reserpina, interferón, L-dopa) tienen una probabilidad especial de causar síndromes depresivos inducidos por sustancias/medicamentos. Las sustancias implicadas en el trastorno depresivo inducido por medicamentos, con diversos grados de evidencia, incluyen antibióticos, agentes antivirales (efavirenz), agentes cardiovasculares (bloqueadores beta y bloqueadores de los canales de calcio, derivados del ácido retinoico (isotretinoína), antidepresivos, anticonvulsivos, agentes antimigráños (triptanos), antipsicóticos, agentes hormonales (corticosteroides, anticonceptivos orales, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, tamoxifeno), fármacos quimioterapéuticos y agentes para dejar de fumar (vareniclina). Es probable que esta lista crezca a medida que se sinteticen nuevos compuestos.

Las historias clínicas claras y el juicio cuidadoso son esenciales para determinar si la sustancia de abuso o la medicación están realmente asociadas con síntomas depresivos inducidos o si los síntomas se entienden mejor como constituyentes de un trastorno depresivo independiente. Un diagnóstico de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos es más probable si el individuo estaba tomando altas dosis de una droga o medicamento relevante y no hay antecedentes de episodios depresivos independientes. Por ejemplo, un episodio depresivo que se desarrolló en el contexto de un uso intensivo de una sustancia de abuso relevante o dentro de las primeras semanas de comenzar con alfa-metildopa (un agente antihipertensivo) en un individuo sin antecedentes de trastorno depresivo mayor calificaría para el diagnóstico de un trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos. En algunos casos, una afección previamente establecida (p. ej., trastorno depresivo mayor, recurrente) puede reaparecer mientras el individuo está

tomando coincidentemente una droga o medicamento que tiene la capacidad de causar síntomas depresivos (p. ej., alcohol y/o estimulantes en contexto de uso intensivo, L-dopa, anticonceptivos orales). En todos estos casos, el médico debe juzgar si el medicamento es causal en esta situación particular.

Un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno depresivo independiente por el inicio o el curso, o por otros factores asociados con el uso de sustancias o medicamentos. Debe haber evidencia de la historia, el examen físico o los resultados de laboratorio del uso de una droga de abuso o un medicamento que es capaz de producir síntomas depresivos después de la exposición, abstinencia o intoxicación con esa sustancia antes del inicio de la depresión. trastorno. Los cambios neuroquímicos asociados con la intoxicación y los estados de abstinencia de algunas sustancias pueden ser relativamente prolongados y, por lo tanto, los síntomas depresivos intensos pueden durar más tiempo después del cese del consumo de sustancias y seguir siendo consistentes con un diagnóstico de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos. .

Predominio

Se ha informado que la tasa de episodios depresivos inducidos por el alcohol y los estimulantes a lo largo de la vida es del 40% o más entre las personas con trastornos relevantes por uso de sustancias. Sin embargo, en una población adulta de EE. UU. representativa a nivel nacional, la prevalencia de por vida del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos en ausencia de antecedentes de por vida de trastorno depresivo no inducido por sustancias fue solo del 0,26 %. Estos datos indican que se debe tener especial cuidado para buscar y abordar las condiciones inducidas por sustancias en personas con trastornos por consumo de alcohol y estimulantes.

Desarrollo y curso Un trastorno

depresivo asociado con el uso de sustancias (p. ej., alcohol, sustancias de tipo anfetamínico y/o cocaína, o un tratamiento recetado para afecciones médicas) debe comenzar mientras el individuo está usando la sustancia o durante la abstinencia, si hay un síndrome de abstinencia asociado con la sustancia. Muy a menudo, el trastorno depresivo comienza dentro de las primeras semanas o 1 mes de uso intensivo de la sustancia.

Una vez que se interrumpe la sustancia, los síntomas depresivos generalmente remiten en días a varias semanas, según la vida media de la sustancia/medicamento y la presencia de un síndrome de abstinencia. Si los síntomas persisten 4 semanas más allá del curso de tiempo esperado de abstinencia de una sustancia/medicamento en particular, se deben considerar otras causas para los síntomas del estado de ánimo depresivo.

Hay varios ensayos controlados prospectivos que examinan la asociación de los síntomas depresivos con el uso de un medicamento recetado, pero la mayoría de los informes sobre este tema involucran series retrospectivas de personas que ingresan al tratamiento o participantes en grandes estudios transversales. Existen más estudios sobre el curso clínico de las depresiones inducidas por el alcohol y las drogas ilícitas, y la mayoría respalda la afirmación de que es muy probable que las condiciones inducidas por sustancias desaparezcan en un tiempo relativamente corto después de la abstinencia. Igualmente importantes son las indicaciones de que las personas con síntomas depresivos residuales significativos después del tratamiento por trastornos por uso de sustancias tienen una mayor probabilidad de recaer en su uso de sustancias.

Factores de **riesgo y pronóstico Los**

factores de riesgo para el trastorno depresivo inducido por sustancias incluyen antecedentes de trastorno de personalidad antisocial, esquizofrenia y trastorno bipolar; un historial de eventos de vida estresantes en los últimos 12 meses; antecedentes de depresiones previas inducidas por fármacos; y antecedentes familiares de trastornos por uso de sustancias. Además, los cambios neuroquímicos asociados con el alcohol y otras drogas de abuso a menudo contribuyen a los síntomas depresivos y de ansiedad durante la abstinencia que posteriormente influyen en el uso continuo de sustancias y reducen la probabilidad de remisión de los trastornos por uso de sustancias. El curso del trastorno depresivo inducido por sustancias puede empeorar por la adversidad estructural social asociada con la pobreza, el racismo y la marginación.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Entre las personas con un trastorno por uso de sustancias, el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo inducido por sustancias parece ser similar en hombres y mujeres.

Marcadores de diagnóstico

Los análisis de laboratorio de la sustancia sospechosa en la sangre o la orina tienen un valor limitado para identificar el trastorno depresivo inducido por sustancias porque los niveles en sangre y orina a menudo son negativos cuando un individuo acude para una evaluación, lo que refleja el hecho de que las depresiones inducidas por sustancias pueden durar hasta 4 semanas después de que haya cesado el uso de la droga de abuso o medicación. Por lo tanto, un valor de prueba positivo solo significa que un individuo ha tenido una experiencia reciente con una sustancia, pero por sí mismo no establece un curso de tiempo u otras características que probablemente se asocien con el trastorno depresivo inducido por sustancias. Sin embargo, como ocurre con la mayoría de los trastornos mentales, los datos más importantes para diagnosticar estas condiciones provienen de una historia clínica detallada y del examen del estado mental.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

El riesgo de intentos de suicidio es mayor entre los individuos con posible trastorno por consumo de alcohol que experimentan episodios depresivos, ya sea inducidos por sustancias o independientes de las sustancias, en comparación con los sujetos de control.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación y abstinencia de sustancias. Síntomas depresivos comúnmente ocurrir en intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias. Se debe hacer un diagnóstico de trastorno depresivo inducido por sustancias en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del estado de ánimo son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Por ejemplo, el estado de ánimo disfórico es un rasgo característico de la abstinencia de cocaína. El trastorno depresivo inducido por sustancias que comienza durante la abstinencia debe diagnosticarse en lugar de la abstinencia de cocaína solo si la alteración del estado de ánimo del Criterio A predomina en el cuadro clínico y es lo suficientemente grave como para ser un foco separado de atención y tratamiento.

Trastorno depresivo independiente. Un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno depresivo independiente por el hecho de que, aunque una sustancia se ingiere en cantidades lo suficientemente altas como para estar posiblemente relacionada etiológicamente con los síntomas, si el síndrome depresivo

se observa en momentos distintos al consumo de la sustancia o medicamento, debe ser diagnosticado como un trastorno depresivo independiente.

Trastorno depresivo debido a otra condición médica. porque los individuos con condiciones médicas a menudo toman medicamentos para esas condiciones, el médico debe considerar la posibilidad de que los síntomas del estado de ánimo sean causados por las consecuencias fisiológicas de la condición médica en lugar de la medicación, en cuyo caso se diagnostica un trastorno depresivo debido a otra condición médica. La historia a menudo proporciona la base principal para tal juicio. A veces, puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la afección médica (p. ej., sustitución o interrupción del medicamento) para determinar empíricamente si el medicamento es el agente causal. Si el médico ha determinado que el trastorno es una función tanto de otra afección médica como del uso o la abstinencia de sustancias, entonces se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno depresivo debido a otra afección médica y trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si los síntomas depresivos están asociados con la ingestión o abstinencia de una sustancia (incluido un medicamento) o con otra afección médica o si son independientes (es decir, no son una función de una sustancia ni de otra afección médica), un diagnóstico de está indicado otro trastorno depresivo especificado o un trastorno depresivo no especificado.

Comorbilidad En

un estudio que utilizó el DSM-IV, que comparó a individuos con trastorno depresivo mayor independiente y sin trastorno por uso de sustancias comórbido e individuos con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, aquellos con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos tenían tasas más altas de comorbilidad con cualquier DSM -IV trastorno mental; eran más propensos a tener trastornos específicos de trastorno por consumo de tabaco, trastorno por juego y trastorno de personalidad antisocial; y eran menos propensos a tener un trastorno depresivo persistente. En comparación con las personas con trastorno depresivo mayor y un trastorno por consumo de sustancias comórbido, las personas con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos tienen más probabilidades de consumir alcohol u otros

trastorno por consumo de sustancias; sin embargo, es menos probable que tengan un trastorno depresivo persistente.

Trastorno depresivo debido a otro Condición médica

Criterios de diagnóstico

- A. Un trastorno del estado de ánimo notorio y persistente que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una marcada disminución del interés o el placer en todas o casi todas las actividades.
- B. Hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor estresante es una afección médica grave).
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende del especificador (ver más abajo).

Especificar

si: **F06.31 Con características depresivas:** no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor.

F06.32 Con episodio depresivo mayor: se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio depresivo mayor.

F06.34 Con características mixtas: los síntomas de manía o hipomanía también están presentes pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.31 trastorno depresivo debido a hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., E03.9 hipotiroidismo; F06.31 trastorno depresivo debido a hipotiroidismo, con características depresivas).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período prominente y persistente de estado de ánimo deprimido o una marcada disminución del interés o el placer en todas, o casi todas, las actividades que predominan en el cuadro clínico (Criterio A) y que se considera deberse a los efectos fisiológicos de otra afección médica (Criterio B).

Para determinar si la alteración del estado de ánimo se debe a otra afección médica, el médico primero debe establecer la presencia de otra afección médica. Además, el médico debe establecer que la alteración del estado de ánimo está relacionada etiológicamente con otra afección médica a través de un proceso fisiológico.

207

mecanismo. Es necesaria una evaluación cuidadosa y exhaustiva de múltiples factores para hacer este juicio. Aunque no existen pautas infalibles para determinar si la relación entre el trastorno del estado de ánimo y otra condición médica es etiológica, varias consideraciones brindan alguna orientación en esta área. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de otra afección médica y la alteración del estado de ánimo. Una segunda consideración es la presencia de características atípicas de los trastornos depresivos independientes (p. ej., edad de inicio o evolución atípica o ausencia de antecedentes familiares).

Evidencia de la literatura que sugiere que puede haber una

la asociación entre otra condición médica en cuestión y el desarrollo de síntomas del estado de ánimo puede proporcionar un contexto útil en la evaluación de una situación particular.

Funciones asociadas

La etiología (es decir, una relación causal con otra afección médica basada en la mejor evidencia clínica) es la variable clave en el trastorno depresivo debido a otra afección médica. La lista de las condiciones médicas que se dice que pueden inducir una depresión mayor nunca está completa, y el mejor juicio del médico es la esencia de este diagnóstico.

Existen asociaciones claras, así como algunos correlatos neuroanatómicos, de depresión con accidente cerebrovascular (CVA), enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson y lesión cerebral traumática (TBI).

Entre las condiciones neuroendocrinas más estrechamente asociadas con la depresión se encuentran el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo. Los trastornos autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico y las deficiencias de ciertas vitaminas, como la vitamina B12, también se han relacionado con la depresión. Hay muchas otras condiciones que se cree que están asociadas con la depresión, como la esclerosis múltiple. Sin embargo, el apoyo de la literatura para una asociación causal es mayor con algunas condiciones que con otras. Actualmente, existe respaldo para un mecanismo fisiopatológico directo para los síntomas depresivos en lesiones focales (CVA, TBI, neoplasia) que afectan ciertas regiones del cerebro, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hipotiroidismo, síndrome de Cushing y cáncer de páncreas.

Predominio

Las diferencias de sexo en la prevalencia dependen un poco de la diferencia de sexo asociada con la afección médica (p. ej., el lupus eritematoso sistémico es más común en mujeres; el accidente cerebrovascular es algo más común en hombres de mediana edad que en mujeres).

Desarrollo y curso

Después del accidente cerebrovascular, el inicio de la depresión parece ser agudo y ocurre a los pocos días del ACV en la serie de casos más grande. Sin embargo, en algunos

casos, el inicio de la depresión es de semanas a meses después del CVA. En la serie más grande, la duración del episodio depresivo mayor después del accidente cerebrovascular fue de 9 a 11 meses en promedio. Con la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington, la depresión a menudo precede a las principales deficiencias motoras y cognitivas asociadas con cada afección. Este es el caso más destacado de la enfermedad de Huntington, en la que se considera que la depresión es el primer síntoma neuropsiquiátrico. Existe cierta evidencia observacional de que la depresión es menos común a medida que avanza el trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington. En algunas personas con lesiones cerebrales estáticas y otras enfermedades del sistema nervioso central, los síntomas del estado de ánimo pueden ser episódicos (es decir, recurrentes) a lo largo del trastorno. En el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo, la depresión puede ser una manifestación temprana de la enfermedad. En el cáncer de páncreas, la depresión suele preceder a otras características.

Factores de riesgo y pronóstico

El riesgo de inicio agudo de un trastorno depresivo mayor después de un ACV (dentro de 1 día a una semana del evento) parece estar fuertemente relacionado con la ubicación de la lesión, con el mayor riesgo asociado con accidentes cerebrovasculares frontales izquierdos y el menor riesgo aparentemente asociado con lesiones frontales derechas.

208

en aquellos individuos que se presentan a los pocos días del accidente cerebrovascular. La asociación con las regiones frontales y la lateralidad no se observa en los estados depresivos que ocurren en los 2 a 6 meses posteriores al accidente cerebrovascular, lo que quizás indica síntomas depresivos posteriores que representan un trastorno depresivo mayor, un trastorno de adaptación o desmoralización. En individuos con la enfermedad de Parkinson, la edad de inicio temprana, una mayor carga de síntomas motores y una mayor duración de la enfermedad se han asociado con la depresión. El riesgo de depresión después de una TBI se ha asociado con el género femenino, un trastorno depresivo previo, síntomas psiquiátricos tempranos después de una lesión, un volumen cerebral más bajo y desempleo.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las mujeres pueden tener un riesgo diferencialmente mayor de desarrollar depresión en el contexto de una enfermedad cardiovascular, particularmente después de un accidente cerebrovascular.

Marcadores de diagnóstico

Los marcadores de diagnóstico pertenecen a aquellos asociados con la condición médica (p. ej., niveles de esteroides en sangre u orina para ayudar a corroborar el diagnóstico de la enfermedad de Cushing, que puede estar asociada con síndromes maníacos o depresivos).

Asociación con pensamientos o conductas suicidas No existen

estudios epidemiológicos que proporcionen evidencia para diferenciar el riesgo de suicidio de un episodio depresivo mayor debido a otra condición médica en comparación con el riesgo de un episodio depresivo mayor en general. Hay informes de casos de suicidios en asociación con episodios depresivos mayores asociados con otra condición médica. Existe una clara asociación entre las enfermedades médicas graves y el suicidio, particularmente poco después del inicio o diagnóstico de la enfermedad. Por lo tanto, sería prudente suponer que el riesgo de suicidio para los episodios depresivos mayores asociados con condiciones médicas no es menor que para otras formas de episodios depresivos mayores, e incluso podría ser mayor.

Diagnóstico diferencial

Trastornos depresivos que no se deben a otra afección médica. Determinación La determinación de si una afección médica que acompaña a un trastorno depresivo está causando el trastorno depende de a) la ausencia de uno o más episodios depresivos antes del inicio de la afección médica, b) la probabilidad de que la afección médica asociada tenga el potencial de promover o causar un trastorno depresivo, y c) un curso de los síntomas depresivos poco después del inicio o empeoramiento de la condición médica, especialmente si los síntomas depresivos remiten cerca del momento en que el trastorno médico es efectivamente tratado o remite.

Trastorno depresivo inducido por medicamentos Una advertencia importante es que algunas condiciones médicas se tratan con medicamentos (p. ej., esteroides o interferón alfa) que pueden inducir síntomas maníacos o depresivos. En estos casos,

el juicio clínico, basado en toda la evidencia disponible, es la mejor manera de tratar de separar el más probable y/o el más importante de dos factores etiológicos (es decir, asociación con la condición médica versus un síndrome inducido por sustancias).

Delirio y trastorno neurocognitivo mayor o leve. No se da un diagnóstico separado de trastorno depresivo debido a otra condición médica si el trastorno depresivo ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, se puede dar un diagnóstico de trastorno depresivo debido a otra afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve si se considera que el trastorno depresivo es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si los síntomas de depresión son una parte importante de la presentación clínica.

Trastornos de adaptación. Es importante diferenciar un episodio depresivo de un trastorno de adaptación, ya que la aparición de la condición médica es en sí misma un factor estresante de la vida que podría

209

provocar un trastorno de adaptación o un episodio de depresión mayor. Los principales elementos diferenciadores son la omnipresencia del cuadro depresivo y el número y la calidad de los síntomas depresivos que el individuo informa o demuestra en el examen del estado mental. El diagnóstico diferencial de las condiciones médicas asociadas es relevante pero en gran medida más allá del alcance del presente manual.

Desmoralización. La desmoralización es una reacción común a las enfermedades médicas crónicas. Está marcado por una sensación de incompetencia subjetiva, impotencia y desesperanza, y un deseo de darse por vencido. A menudo se acompaña de síntomas depresivos como bajo estado de ánimo y fatiga. La desmoralización generalmente carece de la anhedonia asociada con el trastorno depresivo debido a otra afección médica, y las personas generalmente encontrarán placer en actividades previamente significativas y podrán experimentar momentos de felicidad.

comorbilidad

Las condiciones comórbidas con el trastorno depresivo debido a otra condición médica son aquellas asociadas con las condiciones médicas de relevancia etiológica. Se ha observado que el delirio puede ocurrir antes o junto con los síntomas depresivos en personas con una variedad de condiciones médicas, como la enfermedad de Cushing. La asociación de síntomas de ansiedad, generalmente síntomas generalizados, es común en los trastornos depresivos, independientemente de por qué.

Otro trastorno depresivo especificado

F32.89

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos depresivos, y no cumplen los criterios para el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o el trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración").

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar usando la designación "otro especificado" incluyen lo siguiente:

1. **Depresión breve recurrente:** presencia simultánea de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2 a 13 días al menos una vez al mes (no asociado con el ciclo menstrual) durante al menos 12 meses consecutivos en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar

y actualmente no cumple con los criterios activos o residuales para ningún trastorno psicótico.

2. **Episodio depresivo de corta duración (4 a 13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio depresivo mayor asociado con malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de 4 días, pero menos de 14 días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios de ningún otro trastorno depresivo o bipolar, actualmente no cumple los criterios activos o residuales de ningún trastorno psicótico y no cumple los criterios de depresión breve recurrente.
3. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto depresivo y al menos uno de los otros ocho síntomas de un episodio depresivo mayor asociado con malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante al menos 2 semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar, actualmente no cumple con los criterios activos o residuales para ningún trastorno psicótico, y no cumple con los criterios para síntomas mixtos de ansiedad y trastorno depresivo.

210

4. **Episodio depresivo mayor superpuesto** a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otro trastorno psicótico. **Nota:** los episodios depresivos mayores que forman parte del trastorno esquizoafectivo no ameritan un diagnóstico adicional de otro trastorno depresivo específico.

Trastorno depresivo no especificado

F32.A

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos depresivos, y no cumplen los criterios para el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o el trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. La categoría de trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno depresivo específico e incluye presentaciones para las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en configuración de la sala de emergencias).

Trastorno del estado de ánimo no especificado

F39

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del estado de ánimo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que en el momento de la evaluación no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos, en las clases diagnósticas de trastornos bipolares o depresivos y en los que es difícil elegir entre trastorno bipolar no especificado y trastorno relacionado y trastorno depresivo no especificado (p. ej., agitación aguda).

Especificadores para los trastornos depresivos

Especificar si:

Con angustia ansiosa: La angustia ansiosa se define como la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o trastorno depresivo persistente actual: 1. Sentirse nervioso o tenso.

2. Sentirse inusualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a la preocupación.
4. Miedo a que algo terrible pueda suceder.
5. Sentir que el individuo podría perder el control de sí mismo o sí misma.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: tres síntomas.

Moderado-severo: Cuatro o cinco síntomas.

Severo: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: La angustia ansiosa se ha observado como una característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno depresivo mayor tanto en la atención primaria como en la especialidad de salud mental.

211

ajustes. Los altos niveles de ansiedad se han asociado con un mayor riesgo de suicidio, una mayor duración de la enfermedad y una mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Como resultado, es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y los niveles de gravedad de la angustia ansiosa para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Con características mixtas:

- A. Al menos tres de los siguientes síntomas maníacos/hipomaníacos están presentes durante la mayoría de los días del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente).

- episodio si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total): 1. Estado de ánimo elevado y expansivo.
2. Autoestima inflada o grandiosidad.
 3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.
 4. Vuelo de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se precipitan.
 5. Aumento de energía o actividad dirigida a objetivos (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente).
 6. Mayor o excesiva participación en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., participar en juergas de compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).
 7. Disminución de la necesidad de dormir (sentirse descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; en contraste con el insomnio).
- B. Los síntomas mixtos son observables por otros y representan un cambio del comportamiento habitual de la persona.
- C. Para las personas cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico debe ser trastorno bipolar I o bipolar II.
- D. Los síntomas mixtos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Se ha descubierto que las características mixtas asociadas con un episodio depresivo mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo del trastorno bipolar I o bipolar II. Como resultado, es clínicamente útil anotar la presencia de este especificador para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Con rasgos melancólicos:

- A. Uno de los siguientes está presente durante el período más severo del episodio depresivo mayor actual (o el más

episodio depresivo mayor reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total): 1. Pérdida del placer en todas, o casi todas, las actividades.

2. Falta de reactividad a los estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de los siguientes: 1. Una cualidad distintiva de estado de ánimo deprimido caracterizado por un profundo abatimiento, desesperación y/o mal humor o por el llamado estado de ánimo vacío.

2. Depresión que empeora regularmente por la mañana.
3. Despertarse temprano en la mañana (es decir, al menos 2 horas antes despertar habitual).
4. Marcada agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia significativa o pérdida de peso.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador "con rasgos melancólicos" se aplica si estos rasgos están presentes en la etapa más grave del episodio. Hay una ausencia casi completa del

212

capacidad para el placer, no sólo una disminución. Una pauta para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que incluso los eventos muy deseados no se asocian con una marcada mejora del estado de ánimo. O el estado de ánimo no mejora en absoluto, o lo hace solo parcialmente (p. ej., hasta un 20 %–40 % de lo normal durante solo unos minutos a la vez). La "calidad distinta" del estado de ánimo que es característica del especificador "con rasgos melancólicos" se experimenta como cualitativamente diferente de la que se presenta durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más grave, más duradero o presente sin motivo no se considera distinto en calidad. Los cambios psicomotores casi siempre están presentes y son observables por

otros.

Las características melancólicas exhiben solo una modesta tendencia a repetirse entre episodios en el mismo individuo. Son más frecuentes en pacientes hospitalizados, a diferencia de los ambulatorios; es menos probable que ocurran en los episodios depresivos mayores más leves que en los más severos; y es más probable que ocurra en individuos con características psicóticas.

Con características atípicas: este especificador se aplica cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o trastorno depresivo persistente actual.

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, el estado de ánimo mejora en respuesta a eventos positivos reales o potenciales).

B. Dos (o más) de los siguientes:

1. Aumento significativo de peso o aumento del apetito.
2. Hipersomnia.
3. Parálisis de plomo (es decir, sentimientos pesados y de plomo en los brazos o piernas).
4. Un patrón prolongado de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que da como resultado un deterioro social u ocupacional significativo.

C. No se cumplen los criterios de “con rasgos melancólicos” o “con catatonia” durante el mismo episodio.

Nota: La “depresión atípica” tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraste con las presentaciones “endógenas” más clásicas de depresión que eran la norma cuando la depresión rara vez se diagnosticaba en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos jóvenes) y hoy en día no lo tiene. no connota una presentación clínica poco común o inusual como podría implicar el término.

La reactividad del estado de ánimo es la capacidad de alegrarse cuando se presentan eventos positivos (p. ej., una visita de niños, elogios de otros). El estado de ánimo puede volverse eutímico (no triste) incluso durante largos períodos de tiempo si las circunstancias externas siguen siendo favorables. El aumento del apetito puede manifestarse por un aumento evidente de la ingesta de alimentos o por un aumento de peso. La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalizan al menos 10 horas de sueño por día (o al menos 2 horas más que cuando no se está deprimido). La parálisis de plomo se define como sentirse pesado, pesado o agobiado, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación generalmente está presente durante al menos una hora al día, pero a menudo dura muchas horas seguidas. A diferencia de otras características atípicas, la sensibilidad patológica al rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad al rechazo ocurre cuando la persona está y no está deprimida, aunque puede exacerbarse durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: Los delirios y/o las alucinaciones están presentes en cualquier momento del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total). Si hay características psicóticas, **especifique** si el estado de ánimo es congruente o incongruente con el estado de ánimo:

213

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: el contenido de todos los delirios y alucinaciones es consistente con los temas depresivos típicos de insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: el contenido de las ideas delirantes o alucinaciones no involucra temas depresivos típicos de insuficiencia personal, culpa, enfermedad,

muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas incongruentes y congruentes con el estado de ánimo.

Con catatonia: este especificador se aplica al episodio depresivo mayor actual (o al episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total) si las características catatónicas están presentes durante la mayor parte del episodio. Consulte los criterios para la catatonía asociada con un trastorno mental en el capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”.

Con inicio periparto: este especificador se aplica al episodio depresivo mayor actual (o al episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total) si el inicio de los síntomas del estado de ánimo ocurre durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto.

Nota: Los episodios anímicos pueden tener su inicio ya sea durante el embarazo o el posparto. Alrededor del 50% de los episodios depresivos mayores posparto comienzan antes del parto. Por lo tanto, estos episodios se denominan colectivamente episodios ***periparto***.

Entre la concepción y el nacimiento, alrededor del 9% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo mayor. La mejor estimación de la prevalencia de un episodio depresivo mayor entre el nacimiento y los 12 meses posteriores al parto es justo por debajo del 7%.

Los episodios del estado de ánimo de inicio periparto pueden presentarse con o sin características psicóticas. El infanticidio (una ocurrencia rara) se asocia con mayor frecuencia con episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones de orden de matar al bebé o delirios de que el bebé está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden ocurrir en episodios graves del estado de ánimo posparto sin tales delirios o alucinaciones específicas.

Los episodios posparto del estado de ánimo (depresivo mayor o maníaco) con características psicóticas parecen ocurrir en 1 de cada 500 a 1 de cada 1000 partos y pueden ser más comunes en

mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es particularmente mayor para las mujeres con episodios psicóticos posparto previos del estado de ánimo, pero también es elevado para aquellas con antecedentes de depresión o trastorno bipolar (especialmente trastorno bipolar I) y aquellas con antecedentes familiares de trastornos bipolares. .

Una vez que una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es de entre 30% y 50%. Los episodios posparto deben diferenciarse del delirio que ocurre en el período posparto, que se distingue por un nivel fluctuante de conciencia o atención.

Los trastornos depresivos de inicio periparto deben distinguirse de la "tristeza de la maternidad" mucho más común, o lo que se conoce en términos profanos como "tristeza posparto".

La tristeza de la maternidad no se considera un trastorno mental y se caracteriza por cambios repentinos en el estado de ánimo (p. ej., la aparición repentina de lágrimas en ausencia de depresión) que no causan deterioro funcional y que probablemente son causados por cambios fisiológicos que ocurren después del parto. Es temporal y autolimitado, por lo general mejora rápidamente (en una semana) sin necesidad de tratamiento. Otros síntomas de la tristeza de la maternidad incluyen trastornos del sueño e incluso confusión que puede ocurrir poco después del parto.

Las mujeres perinatales pueden correr un mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos debido a anomalías de la tiroides, así como a otras afecciones médicas que pueden causar síntomas depresivos. Si se considera que los síntomas depresivos se deben a otra afección médica relacionada con el período perinatal, se debe diagnosticar un trastorno depresivo debido a otra afección médica en lugar de un episodio depresivo mayor, con inicio perinatal.

Con patrón estacional: este especificador se aplica al trastorno depresivo mayor recurrente.

- A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios depresivos mayores en el trastorno depresivo mayor y una época particular del año (p. ej., en otoño o invierno).

Nota: No incluya casos en los que exista un efecto evidente de factores estresantes psicosociales relacionados con la estación (p. ej., estar desempleado regularmente cada invierno).

- B. Las remisiones completas también ocurren en una época característica del año (p. ej., la depresión desaparece en la primavera).
- C. En los últimos 2 años, han ocurrido dos episodios depresivos mayores que demuestran las relaciones estacionales temporales definidas anteriormente y no han ocurrido episodios depresivos mayores no estacionales durante ese mismo período.
- D. Los episodios depresivos mayores estacionales (como se describió anteriormente) superan sustancialmente en número a los episodios depresivos mayores no estacionales que pueden haber ocurrido durante la vida del individuo.

Nota: El especificador “con patrón estacional” puede aplicarse al patrón de episodios depresivos mayores en el trastorno depresivo mayor, recurrente. La característica esencial es el inicio y la remisión de los episodios depresivos mayores en momentos característicos del año. En la mayoría de los casos, los episodios comienzan en otoño o invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, puede haber episodios depresivos recurrentes de verano. Este patrón de inicio y remisión de episodios debe haber ocurrido durante al menos un período de 2 años, sin que ocurran episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos estacionales deben superar sustancialmente a cualquier episodio depresivo no estacional durante la vida del individuo.

Este especificador no se aplica a aquellas situaciones en las que el patrón se explica mejor por enlaces estacionales.

estresores psicosociales (p. ej., desempleo estacional u horario escolar). Los episodios depresivos mayores que ocurren con un patrón estacional a menudo se caracterizan por pérdida de energía, hipersomnia, comer en exceso, aumento de peso y ansia de carbohidratos.

La prevalencia del patrón estacional de tipo invernal parece variar con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con latitudes más altas. La edad también es un fuerte predictor de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes corren un mayor riesgo de sufrir episodios depresivos invernales.

Especificar

si: **En remisión parcial:** Los síntomas del episodio depresivo mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios, o hay un período que dura menos de 2 meses sin síntomas significativos de un episodio depresivo mayor después del final de dicho episodio .

En remisión completa: durante los últimos 2 meses, no hubo signos o síntomas significativos de la alteración.

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se basa en la cantidad de síntomas de criterio, la gravedad de esos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos síntomas, si es que hay alguno, además de los necesarios para hacer el diagnóstico están presentes, la intensidad de los síntomas es angustiosa pero manejable, y los síntomas resultan en un deterioro menor en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional se encuentran entre los especificados como “leve” y “grave”.

Severo: el número de síntomas es sustancialmente superior al requerido para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es gravemente angustiosa e inmanejable, y

los síntomas interfieren marcadamente con el funcionamiento social y ocupacional.

¹Al distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor (EDM), es útil considerar que en el duelo el afecto predominante son los sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es un estado de ánimo depresivo persistente y la incapacidad de anticipar la felicidad o el placer. Es probable que la disforia en el duelo disminuya en intensidad durante días o semanas y ocurra en oleadas, los llamados dolores de duelo. Estas ondas suelen estar asociadas a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un MDE es más persistente y no está ligado a pensamientos o preocupaciones específicas. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones positivas y humor que no son característicos de la infelicidad y la miseria generalizadas que caracterizan a un MDE. El contenido del pensamiento asociado con el duelo generalmente presenta una preocupación por los pensamientos y recuerdos del difunto, en lugar de las cavilaciones autocriticas o pesimistas que se ven en un MDE. En el duelo, la autoestima generalmente se conserva, mientras que en un MDE son comunes los sentimientos de inutilidad y autodesprecio. Si la ideación autodespectiva está presente en el duelo, generalmente implica fallas percibidas con respecto al difunto (p. ej., no visitarlo con la frecuencia suficiente, no decirle al difunto cuánto lo amaba). Si una persona en duelo piensa en la muerte y el morir, tales pensamientos generalmente se enfocan en el difunto y posiblemente en "unirse" al difunto, mientras que en un MDE tales pensamientos se enfocan en terminar con la propia vida por sentirse inútil, indigno de la vida o incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Desórdenes de ansiedad

Los trastornos de **ansiedad** incluyen trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos y trastornos conductuales relacionados. **El miedo** es la respuesta emocional a una amenaza inminente real o percibida, mientras que la **ansiedad** es la anticipación de una amenaza futura. Obviamente, estos dos estados se superponen, pero también difieren, con el miedo más a menudo asociado con oleadas de excitación autónoma necesaria para luchar o huir, pensamientos de peligro inmediato y comportamientos de escape, y ansiedad más a menudo asociada con tensión muscular y vigilancia en preparación para peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se reduce por conductas de evitación generalizadas. **Los ataques de pánico** ocupan un lugar destacado dentro de los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Los ataques de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden verse en otros trastornos.

Los trastornos de ansiedad difieren entre sí en los tipos de objetos o situaciones que inducen miedo, ansiedad o comportamiento de evitación y la cognición asociada. Por tanto, aunque los trastornos de ansiedad tienden a ser muy comórbidos entre sí, pueden diferenciarse mediante un examen minucioso de los tipos de situaciones que se temen o evitan y el contenido de los pensamientos o creencias asociados.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normativos del desarrollo en que son excesivos o persisten más allá de los períodos apropiados para el desarrollo. Se diferencian del miedo o la ansiedad transitorios, a menudo inducidos por el estrés, en que son persistentes (p. ej., suelen durar 6 meses o más), aunque el criterio de duración pretende ser una guía general con cierto grado de flexibilidad y, a veces, es de menor duración. en niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo). Dado que las personas con trastornos de ansiedad generalmente sobreestiman el peligro en situaciones que temen o evitan, la principal determinación de si el miedo o la ansiedad es excesivo o desproporcionado se realiza mediante el

clínico, teniendo en cuenta los factores contextuales culturales. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría ocurre con mayor frecuencia en niñas que en niños (proporción de aproximadamente 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica solo cuando los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica o no se explican mejor por otro trastorno mental.

El capítulo está organizado según el desarrollo, con trastornos secuenciados de acuerdo con la edad típica de inicio. El individuo con trastorno de ansiedad por separación siente temor o ansiedad por la separación de las figuras de apego en un grado que es inapropiado para su desarrollo. Existe un miedo o una ansiedad persistentes sobre el daño que se produciría en las figuras de apego y los eventos que podrían provocar la pérdida o la separación de las figuras de apego y la renuencia a alejarse de las figuras de apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. Aunque los síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, también pueden expresarse a lo largo de la edad adulta en ausencia de antecedentes de trastorno de ansiedad por separación infantil.

El mutismo selectivo se caracteriza por una incapacidad constante para hablar en situaciones sociales en las que existe la expectativa de hablar (p. ej., la escuela) aunque el individuo hable en otras situaciones. La incapacidad para hablar tiene consecuencias significativas en el rendimiento académico o laboral o interfiere con la comunicación social normal.

216

Las personas con fobia específica tienen miedo, ansiedad o evitan objetos o situaciones circunscritas. En este trastorno no se presenta una cognición específica, como ocurre en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad o la evitación casi siempre son inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado que es persistente y fuera de proporción con el riesgo real planteado. Existen varios tipos de fobias específicas: animal; entorno natural; sangre-inyección-lesión; situacional; y otras situaciones.

En el trastorno de ansiedad social, el individuo tiene miedo, ansiedad o evita las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado. Estos incluyen interacciones sociales como conocer gente desconocida, situaciones en las que se puede observar al individuo.

comer o beber, y situaciones en las que el individuo actúa frente a otros. La cognición es de ser evaluado negativamente por otros, al ser avergonzado, humillado o rechazado, u ofender a otros.

En el trastorno de pánico, el individuo experimenta ataques de pánico inesperados y recurrentes y está persistentemente preocupado o preocupado por tener más ataques de pánico o cambia su comportamiento de forma inadaptada debido a los ataques de pánico (p. ej., evita el ejercicio o lugares desconocidos). Los ataques de pánico son oleadas abruptas de miedo intenso o malestar intenso que alcanzan su punto máximo en minutos, acompañadas de síntomas físicos y/o cognitivos. Los ataques de pánico de síntomas limitados incluyen menos de cuatro síntomas. Los ataques de pánico pueden ser **esperados**, como en respuesta a un objeto o situación típicamente temidos, o **inesperados**, lo que significa que el ataque de pánico ocurre sin razón aparente. Los ataques de pánico funcionan como marcador y factor pronóstico de la gravedad del diagnóstico, el curso y la comorbilidad en una variedad de trastornos, que incluyen, entre otros, ansiedad, uso de sustancias, depresión y trastornos psicóticos. Por lo tanto, el especificador "con ataques de pánico" puede usarse para ataques de pánico que ocurren en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático).

Las personas con agorafobia tienen miedo y ansiedad en muchas situaciones diferentes, y los criterios de diagnóstico requieren síntomas en dos o más de los siguientes: usar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, hacer fila o estar en una multitud, o estar solo fuera de casa en otras situaciones. El individuo teme estas situaciones debido a pensamientos de que escapar podría ser difícil o que la ayuda podría no estar disponible en caso de desarrollar síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos. Estas situaciones inducen constantemente miedo o ansiedad y, a menudo, se evitan o requieren la presencia de un acompañante.

Las características clave del trastorno de ansiedad generalizada son la ansiedad persistente y excesiva y la preocupación por varios dominios, incluido el desempeño laboral y escolar, que el individuo encuentra difícil de controlar. Además, el individuo experimenta síntomas físicos, que incluyen inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo; fatigarse fácilmente; dificultad para concentrarse o la mente se queda en blanco; irritabilidad; tensión muscular; y alteración del sueño.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos implica ansiedad debida a la intoxicación o abstinencia de sustancias o al tratamiento con medicamentos.

En el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de otra afección médica.

Se encuentran disponibles escalas específicas del trastorno para caracterizar mejor la gravedad de cada trastorno de ansiedad y captar el cambio en la gravedad a lo largo del tiempo. Para facilitar su uso, particularmente para personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se desarrollaron para tener el mismo formato (pero un enfoque diferente) en todos los trastornos de ansiedad, con calificaciones de síntomas conductuales, síntomas cognitivos y síntomas físicos relevantes para cada uno. trastorno.

Las personas con ansiedad pueden tener más probabilidades de tener pensamientos suicidas, intentar suicidarse y morir por suicidio que las personas sin ansiedad. El trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica se han identificado como los trastornos de ansiedad más fuertemente asociados con la transición de pensamientos suicidas a intentos de suicidio.

217

Trastorno de ansiedad por separación

Criterios de diagnóstico

F93.0

- A. Miedo o ansiedad excesivos e inapropiados para el desarrollo con respecto a la separación de aquellos a quienes el individuo está apegado, como lo demuestran al menos tres de los siguientes: 1. Angustia excesiva recurrente al anticipar o experimentar la separación del hogar o de las principales figuras de apego.
- 2. Preocupación persistente y excesiva por la pérdida de figuras de apego importantes o por posibles daños a estas, como enfermedades, lesiones, desastres o la muerte.
- 3. Preocupación persistente y excesiva por experimentar un evento adverso (p. ej., perderse, ser secuestrado, tener

- un accidente, enfermarse) que provoca la separación de una figura de apego importante.
4. Renuencia persistente o negativa a salir, lejos del hogar, a la escuela, al trabajo o a cualquier otro lugar por temor a la separación.
 5. Miedo persistente y excesivo o renuencia a estar solo o sin figuras de apego importantes en el hogar o en otros entornos.
 6. Renuencia persistente o negativa a dormir fuera de casa o irse a dormir sin estar cerca de una figura de apego importante.
 7. Pesadillas repetidas que involucran el tema de la separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolores de cabeza, dolores de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las principales figuras de apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y duran al menos 4 semanas en niños y adolescentes y, por lo general, 6 meses o más en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como negarse a salir de casa debido a una resistencia excesiva al cambio en el trastorno del espectro autista; delirios o alucinaciones relativas a la separación en trastornos psicóticos; negativa a salir sin un compañero de confianza en la agorafobia; preocupaciones sobre la mala salud u otros daños que puedan ocurrir a otras personas significativas en el trastorno de ansiedad generalizada; o inquietudes acerca de tener una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es el miedo o la ansiedad excesivos con respecto a la separación del hogar o de las figuras de apego. La ansiedad excede lo que se puede esperar dado el nivel de desarrollo del individuo (Criterio A). Las personas con trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos tres de los siguientes criterios: Experimentan angustia excesiva recurrente cuando se anticipa o se produce la separación del hogar o de las principales figuras de apego (Criterio A1). Se preocupan por el bienestar o la muerte de las figuras de apego, particularmente cuando se separan de ellas, y necesitan saber dónde se encuentran sus figuras de apego y quieren estar en contacto con ellas (Criterio A2). También se preocupan por eventos adversos para ellos mismos, como perderse, ser secuestrados o tener un accidente, que les impediría volver a reunirse con su principal figura de apego (Criterio A3). Los individuos con trastorno de ansiedad por separación son reacios o se niegan a salir solos por miedo a la separación (Criterio A4). Ellos tienen

218

Miedo persistente y excesivo o renuencia a estar solo o sin figuras de apego importantes en el hogar o en otros entornos. Los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden ser incapaces de quedarse o entrar en una habitación por sí mismos y pueden mostrar un comportamiento de "apego", permanecer cerca o "seguir" a los padres en la casa, o requerir que alguien esté con ellos cuando van a otra habitación. en la casa (Criterio A5). Tienen desgana persistente o se niegan a irse a dormir sin estar cerca de una figura de apego importante oa dormir fuera de casa (Criterio A6). Los niños con este trastorno suelen tener dificultades a la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien se quede con ellos hasta que se duerman. Durante la noche, es posible que se dirijan a la cama de sus padres (o la de otra persona importante, como un hermano). Los niños pueden mostrarse reacios o negarse a asistir a campamentos, dormir en casas de amigos o hacer mandados. Los adultos pueden sentirse incómodos cuando viajan de forma independiente (p. ej., dormir en una habitación de hotel lejos de casa o de figuras de apego). Puede haber pesadillas repetidas en las que el contenido exprese la ansiedad de separación del individuo (p. ej., destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe) (Criterio A7). Los síntomas físicos (p. ej., dolores de cabeza, molestias abdominales, náuseas, vómitos) son

común en los niños cuando se produce o se prevé la separación de las principales figuras de apego (Criterio A8). Los síntomas cardiovasculares como palpitaciones, mareos y sensación de desmayo son raros en los niños pequeños, pero pueden ocurrir en adolescentes y adultos.

La alteración debe durar un período de al menos 4 semanas en niños y adolescentes menores de 18 años y suele ser de 6 meses o más en adultos (Criterio B). Sin embargo, el criterio de duración para adultos debe utilizarse como guía general, con cierto grado de flexibilidad. La alteración debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C).

Funciones asociadas

Cuando se les separa de las principales figuras de apego, los niños y adultos con trastorno de ansiedad por separación pueden mostrar retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o el juego. Dependiendo de su edad, las personas pueden tener miedo a los animales, los monstruos, la oscuridad, los asaltantes, los ladrones, los secuestradores, los accidentes automovilísticos, los viajes en avión y otras situaciones que se perciben como peligrosas para la familia o para ellos mismos. Algunas personas sienten nostalgia y se sienten extremadamente incómodas cuando están lejos de casa. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede conducir al rechazo escolar, lo que a su vez puede conducir a dificultades académicas y aislamiento social. Cuando están extremadamente molestos ante la perspectiva de la separación, los niños pueden mostrar ira u ocasionalmente agresión hacia alguien que está forzando la separación. Cuando están solos, especialmente en la noche o en la oscuridad, los niños pequeños pueden reportar experiencias perceptivas inusuales (p. ej., ver personas mirando dentro de su habitación, criaturas aterradoras tratando de alcanzarlos, sintiendo ojos mirándolos). Los niños con este trastorno pueden ser descritos como exigentes, entrometidos y necesitados de atención constante y, como adultos, pueden parecer dependientes y sobreprotectores como padres. Es probable que los adultos con el trastorno envíen mensajes de texto o llamen por teléfono a sus principales figuras de apego a lo largo del día y verifiquen repetidamente su paradero. Las demandas excesivas del individuo a menudo se convierten en una fuente de frustración para los miembros de la familia, lo que genera resentimiento y conflicto dentro de la familia.

Predominio

Se estima que la prevalencia de 6 a 12 meses del trastorno de ansiedad por separación en niños es de aproximadamente 4%. En una muestra comunitaria de niños pequeños, el trastorno de ansiedad por separación parece estar igualmente representado entre niñas y niños; sin embargo, las niñas en edad escolar parecen tener tasas de prevalencia más altas que los niños en edad escolar. En los adolescentes de los Estados Unidos, la prevalencia a los 12 meses es del 1,6 %. El trastorno de ansiedad por separación disminuye en prevalencia desde la niñez hasta la adolescencia y la edad adulta. En muestras clínicas de niños, el trastorno es igualmente común en niños y niñas en contraste con las muestras comunitarias, donde el

219

El trastorno es más frecuente en las niñas. Los informes de los niños tienden a arrojar tasas más altas de trastorno de ansiedad por separación que los informes de los padres sobre los síntomas del niño.

Para los adultos, la prevalencia de 12 meses del trastorno de ansiedad por separación en los Estados Unidos oscila entre el 0,9 % y el 1,9 %. Entre los adultos con trastorno de ansiedad por separación, las mujeres tienden a tener tasas más altas de prevalencia del trastorno tanto en estudios clínicos como comunitarios. En 18 países, la prevalencia media de 12 meses en adultos es del 1,0 %, con un rango de <0,1 % a 2,7 % (p. ej., 0,3 % en Rumania, 2,7 % en Colombia). En esta muestra total se observó una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (1,3% frente a 0,8%).

Desarrollo y curso Los períodos de

mayor ansiedad por separación de las figuras de apego son parte del desarrollo temprano normal y pueden indicar el desarrollo de relaciones de apego seguras (p. ej., alrededor de 1 año de edad, cuando los bebés pueden experimentar ansiedad ante extraños). El inicio del trastorno de ansiedad por separación puede ser tan temprano como la edad preescolar y puede ocurrir en cualquier momento durante la niñez y la adolescencia. En 18 países, la mediana de edad de inicio informada por adultos (a partir de los 18 años) con el trastorno es en la adolescencia tardía en países de ingresos altos y medianos altos y a mediados de los 20 en países de ingresos bajos y medianos bajos. . La mayoría de los adultos reportan un curso fluctuante de la

trastorno a lo largo de su vida, y pueden informar algunos síntomas en la infancia.

Típicamente hay períodos de exacerbación y remisión. En algunos casos, tanto la ansiedad por una posible separación como la evitación de situaciones que impliquen la separación del hogar o del núcleo familiar (p. ej., irse a la universidad, alejarse de las figuras de apego) pueden persistir hasta la edad adulta. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno de ansiedad por separación no presentan trastornos de ansiedad perjudiciales a lo largo de su vida.

Las manifestaciones del trastorno de ansiedad por separación varían con la edad. Los niños más pequeños son más reacios a ir a la escuela o pueden evitar la escuela por completo. Es posible que los niños más pequeños no expresen preocupaciones o temores específicos de amenazas definidas para los padres, el hogar o ellos mismos, y la ansiedad se manifiesta solo cuando se experimenta la separación. A medida que los niños crecen, surgen preocupaciones; a menudo se trata de preocupaciones sobre peligros específicos (p. ej., accidentes, secuestro, atraco, muerte) o preocupaciones vagas sobre no volver a reunirse con las figuras de apego. En los adultos, el trastorno de ansiedad por separación puede limitar su capacidad para hacer frente a cambios en las circunstancias (p. ej., mudarse, casarse). Los adultos con este trastorno suelen estar demasiado preocupados por sus hijos, cónyuges, padres y mascotas, y experimentan una marcada incomodidad cuando se separan de ellos. También pueden experimentar una interrupción significativa en el trabajo o las experiencias sociales debido a la necesidad de verificar continuamente el paradero de una persona importante.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El trastorno de ansiedad por separación a menudo se desarrolla después del estrés de la vida, especialmente una pérdida (p. ej., la muerte de un pariente o mascota; una enfermedad del individuo o un pariente; un cambio de escuela; divorcio de los padres; mudarse a un nuevo vecindario; inmigración; una desastre que involucró períodos de separación de figuras de apego). Se ha demostrado que ser acosado durante la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de ansiedad por separación. En los adultos jóvenes, otros ejemplos de estrés de la vida incluyen dejar el hogar de los padres, entablar una relación romántica y convertirse en padres. Un historial de sobreprotección e intromisión de los padres puede estar asociado con el trastorno de ansiedad por separación tanto en la niñez como en la edad adulta.

Genético y fisiológico. Existe evidencia de que el trastorno de ansiedad por separación puede ser hereditario. La heredabilidad se estimó en un 73 % en una muestra comunitaria de gemelos de 6 años, y se encontraron tasas más altas en las niñas. Los niños con trastorno de ansiedad por separación muestran una sensibilidad particularmente mejorada a la estimulación respiratoria utilizando aire enriquecido con CO₂. El trastorno de ansiedad por separación también parece acumularse en las familias.

220

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Existen variaciones culturales en el grado en que se considera deseable tolerar la separación, de modo que en algunos contextos culturales se evitan las demandas y oportunidades de separación entre padres e hijos. Por ejemplo, existe una amplia variación entre países y contextos culturales con respecto a la edad a la que se espera que los hijos abandonen el hogar de los padres. Los jóvenes varían en sus autoinformes de síntomas de ansiedad por separación; por ejemplo, los jóvenes taiwaneses muestran mayores síntomas de ansiedad por separación en comparación con los jóvenes estadounidenses. Es importante diferenciar el trastorno de ansiedad por separación del alto valor que algunas comunidades culturales otorgan a la fuerte interdependencia entre los miembros de la familia.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas El trastorno

de ansiedad por separación en niños y adolescentes puede estar asociado con un mayor riesgo de suicidio, aunque esta asociación no es específica del trastorno de ansiedad por separación y se encuentra en otros trastornos de ansiedad donde existe una comorbilidad significativa. Un gran estudio de gemelos mostró que ser intimidado durante la infancia era un factor de riesgo de pensamientos suicidas durante la edad adulta joven.

Consecuencias funcionales de la ansiedad por separación Trastorno

Las personas con trastorno de ansiedad por separación a menudo limitan las actividades independientes fuera del hogar o de las figuras de apego (p. ej., en los niños, evitar la escuela, no ir de campamento, tener dificultad para dormir solos; en los adolescentes,

no ir a la universidad; en los adultos, no abandonar el hogar de los padres, no viajar largas distancias sin sus vínculos cercanos, no trabajar fuera del hogar). Los síntomas en adultos a menudo son debilitantes y afectan múltiples áreas de sus vidas. Por ejemplo, los adultos con trastorno de ansiedad por separación pueden reorganizar deliberadamente sus horarios de trabajo y otras actividades debido a sus ansiedades sobre posibles separaciones de figuras de apego cercanas; a menudo pueden expresar frustración con las limitaciones en sus vidas debido a su necesidad de mantener la proximidad, o al menos el contacto virtual con sus figuras de apego clave (por ejemplo, enviándoles mensajes de texto o llamándolos repetidamente durante el día). El trastorno de ansiedad por separación se asocia con un mayor deterioro informado en personas de países de ingresos altos y medianos altos en comparación con los de países de ingresos bajos y medianos bajos.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad por separación se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad en el trastorno de ansiedad por separación se refiere predominantemente a la separación real o imaginaria de las figuras de apego. Además, si surgen otras preocupaciones, no son excesivas.

Trastorno de pánico. En el trastorno de ansiedad por separación, las amenazas de separación de los apegos cercanos pueden provocar ansiedad extrema y ataques de pánico. En contraste con el trastorno de pánico, donde los ataques de pánico ocurren inesperadamente y generalmente van acompañados de temores de morir o volverse "locos", los ataques de pánico en el trastorno de ansiedad por separación ocurren en anticipación de separaciones reales o imaginarias de figuras de apego o lugares de seguridad y protección. o por la preocupación de que los acontecimientos adversos caigan sobre los apegos cercanos del individuo.

Agorafobia. A diferencia de las personas con agorafobia, las personas con trastorno de ansiedad por separación no están ansiosas por quedar atrapadas o incapacitadas en situaciones de las que se percibe que es difícil escapar en caso de síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes. En cambio, temen estar lejos de los lugares seguros asociados con sus principales figuras de apego.

Desorden de conducta. La evitación de la escuela (ausentismo) es común en el trastorno de conducta, pero la ansiedad por la separación no es responsable de las ausencias escolares, y el niño o adolescente generalmente se aleja del hogar, en lugar de regresar a él.

Desorden de ansiedad social. El rechazo a la escuela puede atribuirse al trastorno de ansiedad social. En tales casos, la evitación de la escuela se debe al temor de ser juzgado negativamente por los demás más que a la preocupación de separarse de las figuras de apego.

Trastorno de estrés postraumático. El miedo a la separación de los seres queridos es común después de un evento traumático como un gran desastre, particularmente cuando se experimentan períodos de separación de los seres queridos durante el evento traumático. En el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los síntomas centrales se relacionan con la intrusión y la evitación de recuerdos asociados con el evento traumático en sí, mientras que en el trastorno de ansiedad por separación, las preocupaciones y la evitación se relacionan con el bienestar de las figuras de apego y la separación de ellas.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por separación se refiere a preocupaciones sobre la salud y el bienestar de los vínculos cercanos. Por el contrario, las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se preocupan por enfermedades médicas específicas que ellos mismos puedan tener, no por estar separados de sus vínculos cercanos.

Trastorno de duelo prolongado. El anhelo intenso o el anhelo por el difunto, la tristeza y el dolor emocional intensos, y la preocupación por el difunto o las circunstancias de la muerte son respuestas esperadas que ocurren en el trastorno de duelo prolongado, mientras que el miedo a la posible separación de las figuras de apego clave es central en el trastorno de ansiedad por separación.

Trastornos depresivos y bipolares. Estos trastornos pueden estar asociados con la reticencia a abandonar el hogar, pero la preocupación principal no es la preocupación o el miedo a que sucedan eventos adversos que les sucedan a las figuras de apego, sino una baja motivación para relacionarse con el mundo exterior. Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden deprimirse mientras se separan o anticipan la separación.

Trastorno de oposición desafiante. Los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad por separación pueden oponerse en el contexto de verse obligados a

separados de las figuras de apego. El trastorno negativista desafiante debe considerarse solo cuando existe un comportamiento de oposición persistente no relacionado con la anticipación o la ocurrencia de la separación de las figuras de apego.

Desórdenes psicóticos. A diferencia de las alucinaciones en los trastornos psicóticos, las experiencias perceptivas inusuales que pueden ocurrir en el trastorno de ansiedad por separación generalmente se basan en una percepción errónea de un estímulo real, ocurren solo en ciertas situaciones (p. ej., durante la noche) y se revierten por la presencia de una figura de apego. .

Desorden de personalidad. El trastorno de personalidad dependiente se caracteriza por una tendencia indiscriminada a depender de los demás, mientras que el trastorno de ansiedad por separación implica la preocupación por la proximidad y la seguridad de las figuras clave de apego. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por el miedo al abandono por parte de los seres queridos, pero los problemas de identidad, autodirección, funcionamiento interpersonal e impulsividad también son fundamentales para ese trastorno, mientras que no lo son para el trastorno de ansiedad por separación.

Comorbilidad En

los niños, el trastorno de ansiedad por separación es muy comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. En los adultos, las comorbilidades comunes incluyen fobia específica, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de duelo prolongado y trastornos de la personalidad. Entre los trastornos de personalidad, los trastornos de personalidad dependiente, evitativo y obsesivo-compulsivo (Grupo C) pueden ser comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación.

Los trastornos depresivos y bipolares también son comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación en adultos.

Mutismo selectivo

Criterios de diagnóstico

F94.0

- A. Incapacidad constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe la expectativa de hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hablar en otras situaciones.
- B. La perturbación interfiere con la educación o el trabajo logro o con la comunicación social.
- C. La duración de la perturbación es de al menos 1 mes (no limitado al primer mes de clases).
- D. La incapacidad para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o comodidad con el idioma hablado requerido en la situación social.
- E. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de la fluidez de inicio en la infancia) y no ocurre exclusivamente durante el curso del trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Características diagnósticas

Cuando se encuentran con otros individuos en interacciones sociales, los niños con mutismo selectivo no inician el habla ni responden recíprocamente cuando otros les hablan. La falta de habla ocurre en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños con mutismo selectivo hablarán en su hogar en presencia de familiares directos, pero a menudo ni siquiera frente a amigos cercanos o parientes de segundo grado, como abuelos o primos.

La perturbación suele estar marcada por una elevada ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que lleva a un deterioro académico o educativo, ya que a los maestros les suele resultar difícil evaluar habilidades como la lectura. La falta de habla puede interferir con la comunicación social, aunque los niños con este trastorno a veces usan medios no verbales o no verbales (p. ej., gruñir, señalar, escribir) para comunicarse y pueden estar dispuestos o ansiosos por realizar o participar en encuentros sociales cuando no se requiere hablar. (por ejemplo, partes no verbales en obras de teatro escolares).

Funciones asociadas

Las características asociadas del mutismo selectivo pueden incluir timidez excesiva, miedo a la vergüenza social, aislamiento social y retraimiento, apego, rasgos compulsivos, negativismo, berrinches o comportamiento de oposición leve. Aunque los niños con este trastorno generalmente tienen habilidades de lenguaje normales, ocasionalmente puede haber un trastorno de comunicación asociado, aunque no se ha identificado una asociación particular con un trastorno de comunicación específico. Incluso cuando estos trastornos están presentes, la ansiedad también está presente. En entornos clínicos, los niños con mutismo selectivo casi siempre reciben un diagnóstico adicional de otro trastorno de ansiedad, más comúnmente, trastorno de ansiedad social.

Predominio

El mutismo selectivo es un trastorno relativamente raro y no se ha incluido como categoría diagnóstica en los estudios epidemiológicos de prevalencia de trastornos infantiles. La prevalencia puntual utilizando varias muestras clínicas o escolares en los Estados Unidos, Europa e Israel oscila entre el 0,03 % y el 1,9 % según el entorno y las edades de la muestra. Los estudios en muestras basadas en la comunidad y en búsqueda de tratamiento sugieren una distribución equitativa de género para el mutismo selectivo, aunque también hay evidencia de que el mutismo selectivo es más común entre las niñas que entre los niños. La prevalencia no parece variar según la raza/origen étnico, pero las personas que necesitan hablar en un idioma no nativo (p. ej., niños de familias inmigrantes) corren un mayor riesgo de desarrollar el trastorno. Es más probable que el trastorno se manifieste en niños pequeños que en adolescentes y adultos.

223

Desarrollo y curso El inicio del

mutismo selectivo suele ser antes de los 5 años, pero es posible que el trastorno no llegue a la atención clínica hasta el ingreso a la escuela, donde hay un aumento en la interacción social y las tareas de desempeño, como leer en voz alta. La persistencia del trastorno es variable. Aunque los informes clínicos sugieren que muchas personas “superan” el mutismo selectivo, se desconoce en gran medida el curso longitudinal del trastorno. En la mayoría de los casos,

el mutismo selectivo puede desaparecer, pero los síntomas del trastorno de ansiedad social a menudo permanecen.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores de riesgo temperamentales para el mutismo selectivo no están bien identificados. La afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición del comportamiento pueden desempeñar un papel, al igual que los antecedentes de timidez, aislamiento social y ansiedad social de los padres. Los niños con mutismo selectivo pueden tener sutiles dificultades en el lenguaje receptivo en comparación con sus compañeros, aunque el lenguaje receptivo aún se encuentra dentro del rango normal.

Ambiental. La inhibición social por parte de los padres puede servir como modelo para la reticencia social y el mutismo selectivo en los niños. Además, los padres de niños con mutismo selectivo han sido descritos como sobreprotectores o más controladores que los padres de niños con otros trastornos de ansiedad o sin ningún trastorno.

Genético y fisiológico. Debido a la superposición significativa entre el mutismo selectivo y el trastorno de ansiedad social, puede haber factores genéticos compartidos entre estas condiciones. También hay evidencia de anomalías aumentadas en la actividad neuronal eferente auditiva durante la vocalización en individuos con mutismo selectivo, lo que podría conducir a peculiaridades en la percepción de su propia voz y, por lo tanto, a una reticencia a hablar.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Los niños de familias que han emigrado a un país donde se habla un idioma diferente pueden parecer tener mutismo selectivo porque pueden negarse a hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento del idioma. Dichos niños no calificarían para el diagnóstico porque dichos casos están explícitamente excluidos del diagnóstico.

Consecuencias funcionales del mutismo selectivo El mutismo selectivo puede provocar un deterioro social, ya que los niños pueden estar demasiado ansiosos para participar en una interacción social recíproca con otros niños. A medida que los niños con mutismo selectivo maduran, pueden enfrentarse a un aislamiento social cada vez mayor. En entornos escolares, estos niños pueden sufrir problemas académicos.

discapacidad, porque a menudo no se comunican con los maestros con respecto a sus necesidades académicas o personales (p. ej., no entender una tarea de clase, no pedir usar el baño). Es común el deterioro severo en el funcionamiento escolar y social, incluido el que resulta de las burlas de los compañeros. En ciertos casos, el mutismo selectivo puede servir como una estrategia compensatoria para disminuir la excitación ansiosa en los encuentros sociales.

Diagnóstico diferencial

Período de silencio en niños inmigrantes en el aprendizaje de una segunda lengua. El mutismo selectivo debe distinguirse del típico “período de silencio” asociado con la adquisición de un nuevo idioma en los niños pequeños. Si la comprensión del nuevo idioma es adecuada pero persiste la negativa a hablar en ambos idiomas, en varios entornos desconocidos y durante un período prolongado, puede justificarse un diagnóstico de mutismo selectivo.

Desordenes comunicacionales. El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación, como el trastorno del lenguaje, el trastorno de los sonidos del habla (anteriormente trastorno fonológico), el trastorno de inicio en la infancia.

224

trastorno de la fluidez (tartamudeo) o trastorno de la comunicación social (pragmática). A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla en estas condiciones no se restringe a una situación social específica.

Trastornos del neurodesarrollo y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

yo

Las personas con un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o un trastorno grave del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) pueden tener problemas en la comunicación social y ser incapaces de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo debe diagnosticarse sólo cuando un niño tiene una capacidad establecida para hablar en algunas situaciones sociales (p. ej., normalmente en casa).

Desorden de ansiedad social. La ansiedad social y la evitación social en el trastorno de ansiedad social pueden estar asociadas con el mutismo selectivo. En tales casos, se pueden dar ambos diagnósticos.

Comorbilidad Las

condiciones comórbidas más comunes son otros trastornos de ansiedad, con mayor frecuencia el trastorno de ansiedad social, seguido del trastorno de ansiedad por separación y la fobia específica. En entornos clínicos, el mutismo selectivo y el trastorno del espectro autista también se han observado como condiciones concurrentes frecuentes. Se pueden observar comportamientos de oposición en una minoría sustancial de niños con mutismo selectivo, aunque este comportamiento de oposición puede estar limitado a situaciones que requieren el habla. Los retrasos o trastornos de la comunicación también pueden aparecer en algunos niños con mutismo selectivo.

Fobia específica

Criterios de diagnóstico

A. Miedo o ansiedad marcados por un objeto o situación específicos (p. ej., volar, alturas, animales, recibir una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad pueden expresarse mediante el llanto, las rabietas, el congelamiento o el aferramiento.

B. El objeto o situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediatos.

C. El objeto o situación fóbica se evita activamente o se soporta con miedo o ansiedad intensos.

D. El miedo o la ansiedad no guardan proporción con el peligro real que representa el objeto o la situación específicos y con el contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general duraderos, durante 6 meses o más.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, incluidos el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas con síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionadas con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo compulsivo); recordatorios de eventos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); separación del hogar o figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar

si: Codificar según el estímulo fóbico:

F40.218 Animal (p. ej., arañas, insectos, perros).

F40.228 Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua).

F40.23x Sangre-inyección-lesión (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos).

225

Nota de codificación: Seleccione el código CIE-10-CM específico de la siguiente manera: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otros cuidados médicos; o **F40.233** miedo a lastimarse.

F40.248 Situacional (p. ej., aviones, ascensores, lugares cerrados).

F40.298 Otros (p. ej., situaciones que pueden provocar asfixia o vómitos; en niños, p. ej., sonidos fuertes o personajes disfrazados).

Nota de codificación: cuando esté presente más de un estímulo fóbico, codifique todos los códigos ICD-10-CM que correspondan (p. ej., miedo a las serpientes y a volar, F40.218 fobia específica a los animales y F40.248 fobia específica a la situación).

especificadores

Es común que las personas tengan múltiples fobias específicas. El individuo promedio con fobia específica teme a tres objetos o situaciones, y aproximadamente el 75% de las personas con fobia específica temen a más de una situación u objeto. En tales casos, sería necesario dar múltiples diagnósticos de fobia específica, cada uno con su propio código de diagnóstico que refleja el estímulo fóbico. Por ejemplo, si un individuo teme a las tormentas eléctricas y a volar, entonces se le darían dos diagnósticos: fobia específica, entorno natural, y fobia específica, situacional.

Características

diagnósticas Una característica clave de este trastorno es que el miedo o la ansiedad se circunscriben a la presencia de una situación u objeto particular (Criterio A), que puede denominarse **estímulo fóbico**. Las categorías de situaciones u objetos temidos se proporcionan como especificadores. Muchos individuos temen objetos o situaciones de más de una categoría o estímulos fóbicos. Para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta debe diferir de los miedos transitorios normales que comúnmente ocurren en la población. Para cumplir con los criterios para un diagnóstico, el miedo o la ansiedad deben ser intensos o severos (es decir, "marcados") (Criterio A). La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad al objeto o situación temidos y puede ocurrir en anticipación o en la presencia real del objeto o situación. Además, el miedo o la ansiedad pueden tomar la forma de un ataque de pánico de síntomas completos o limitados (es decir, un ataque de pánico esperado). Otra característica de las fobias específicas es que el miedo o la ansiedad se evocan casi cada vez que el individuo entra en contacto con el estímulo fóbico (Criterio B). Así, una persona que se pone ansiosa solo ocasionalmente al enfrentarse a la situación u objeto (p. ej., se pone ansiosa cuando vuela solo en uno de cada cinco vuelos de avión) no sería diagnosticada con fobia específica. Sin embargo, el grado de miedo o ansiedad expresado puede variar (desde ansiedad anticipada hasta un ataque de pánico total) en diferentes ocasiones de encuentro con el objeto o la situación fóbica debido a diversos factores contextuales, como la presencia de otras personas, la duración de la exposición y otras amenazas. Elementos como la turbulencia en un vuelo para las personas que temen volar. El miedo y la ansiedad a menudo se expresan de manera diferente entre niñ

se encuentra un objeto o una situación fóbica (es decir, inmediatamente en lugar de retrasarse).

El individuo evita activamente la situación, o si no puede o decide no evitarla, la situación u objeto le provoca miedo o ansiedad intensos (Criterio C). **Evitación activa** significa que el individuo se comporta intencionalmente de maneras que están diseñadas para prevenir o minimizar el contacto con objetos o situaciones fóbicos (p. ej., toma túneles en lugar de puentes en el viaje diario al trabajo por miedo a las alturas; evita entrar en una habitación oscura por miedo a las arañas; evita aceptar un trabajo en un lugar donde un estímulo fóbico es más común). Los comportamientos de evitación a menudo son obvios (p. ej., un individuo que teme la sangre que se niega a ir al médico), pero a veces son menos obvios (p. ej., un individuo que teme a las serpientes y se niega a mirar imágenes que se asemejan a la forma de serpientes). Muchas personas con fobias específicas han sufrido durante muchos años y han cambiado sus circunstancias de vida en

226

formas diseñadas para evitar el objeto o la situación fóbica tanto como sea posible (p. ej., un individuo diagnosticado con fobia específica, animal, que se muda a residir en un área desprovista del animal temido en particular). Por lo tanto, ya no experimentan miedo o ansiedad en su vida diaria. En tales casos, los comportamientos de evitación o el rechazo continuo a participar en actividades que implicarían la exposición al objeto o situación fóbica (p. ej., el rechazo repetido a aceptar ofertas de viajes relacionados con el trabajo debido al miedo a volar) pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico en la ausencia de ansiedad manifiesta o pánico.

El miedo o la ansiedad es desproporcionado con respecto al peligro real que representa el objeto o la situación, o es más intenso de lo que se considera necesario (Criterio D). Aunque las personas con fobia específica a menudo reconocen que sus reacciones son desproporcionadas, tienden a sobreestimar el peligro en sus situaciones temidas y, por lo tanto, el médico juzga que están desproporcionadas. También se debe considerar el contexto sociocultural del individuo. Por ejemplo, los temores a la oscuridad pueden ser razonables en un contexto de violencia constante, y el grado de temor a los insectos considerado desproporcionado sería mayor en entornos donde los insectos se consumen en la dieta. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y suelen durar 6

meses o más (Criterio E), lo que ayuda a distinguir el trastorno de los miedos transitorios que son comunes en la población, particularmente entre los niños. La fobia específica debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento para que se diagnostique el trastorno (Criterio F).

Funciones asociadas

Las personas con fobia específica suelen experimentar un aumento de la excitación fisiológica antes o durante la exposición a un objeto o situación fóbica. Sin embargo, la respuesta fisiológica a la situación u objeto temido varía. Mientras que las personas con fobias situacionales, ambientales naturales y específicas a los animales probablemente muestren una activación del sistema nervioso simpático, las personas con fobia específica a las lesiones por inyección de sangre a menudo muestran una respuesta de desmayo vasovagal o casi desmayo que se caracteriza por una breve aceleración inicial de la frecuencia cardíaca, y elevación de la presión arterial seguida de una desaceleración del ritmo cardíaco y una caída de la presión arterial. Además, la fobia específica se asocia más consistentemente con actividad anormal en la amígdala, la corteza cingulada anterior, el tálamo y la ínsula en respuesta al objeto/situación fóbica.

Predominio

En los Estados Unidos, la estimación de prevalencia comunitaria de 12 meses para la fobia específica es de aproximadamente 8% a 12%. Las tasas de prevalencia en los países europeos son muy similares a las de los Estados Unidos (p. ej., alrededor del 6%), pero las tasas son generalmente más bajas en los países de Asia, África y América Latina (2% a 4%). Las estimaciones de prevalencia en niños promedian aproximadamente 5 % en varios países, con un rango de 3 % a 9 %, y son aproximadamente 16 % en adolescentes de 13 a 17 años en los Estados Unidos. Las estimaciones de prevalencia son más bajas en personas mayores (alrededor de 3% a 5%), lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres en todos los subtipos, con una tasa de aproximadamente 2:1.

Desarrollo y Curso

La fobia específica a veces se desarrolla después de un evento traumático (p. ej., ser atacado por un animal o atrapado en un ascensor), la observación de otras personas que pasan por un evento traumático (p. ej., ver a alguien ahogarse), un ataque de pánico inesperado en la situación a temer (por ejemplo, un ataque de pánico inesperado en el metro), o transmisión de información (por ejemplo, amplia cobertura mediática de un accidente aéreo). Sin embargo, muchas personas con fobia específica no pueden recordar la razón específica del inicio de sus fobias. La fobia específica generalmente se desarrolla en la primera infancia, y la mayoría de los casos se desarrollan antes de los 10 años. La mediana de edad de inicio es entre 7 y 11 años, con una media de alrededor de 10 años.

227

Las fobias específicas situacionales tienden a tener una edad de aparición más tardía que las fobias específicas al entorno natural, a los animales o lesiones por inyección de sangre. Es probable que las fobias específicas que se desarrollan en la niñez y la adolescencia aumenten y disminuyan durante ese período. Sin embargo, es poco probable que las fobias que persisten en la edad adulta remitan para la mayoría de las personas.

Cuando se diagnostica fobia específica en niños, se deben considerar dos cuestiones. Primero, los niños pequeños pueden expresar su miedo y ansiedad llorando, haciendo rabietas, congelandose o aferrándose. En segundo lugar, los niños pequeños normalmente no pueden entender el concepto de evasión. Por lo tanto, el médico debe recopilar información adicional de los padres, maestros u otras personas que conozcan bien al niño. Los miedos excesivos son bastante comunes en los niños pequeños, pero generalmente son transitorios y solo levemente perjudiciales y, por lo tanto, se consideran apropiados para el desarrollo. En tales casos no se haría un diagnóstico de fobia específica. Cuando se considera el diagnóstico de fobia específica en un niño, es importante evaluar el grado de deterioro y la duración del miedo, la ansiedad o la evitación, y si es típico de la etapa de desarrollo particular del niño.

Aunque la prevalencia de la fobia específica es menor en las poblaciones de mayor edad, sigue siendo uno de los trastornos que se experimentan con más frecuencia en la vejez. Se deben considerar varias cuestiones al diagnosticar la fobia específica en poblaciones de mayor edad. En primer lugar, es más probable que las personas mayores padecan fobias específicas del entorno natural, así como fobias a las caídas.

En segundo lugar, la fobia específica (como todos los trastornos de ansiedad) tiende a coexistir con

preocupaciones médicas en personas mayores, incluida la enfermedad coronaria, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad de Parkinson. Tercero, es más probable que las personas mayores atribuyan los síntomas de ansiedad a condiciones médicas. En cuarto lugar, es más probable que las personas mayores manifiesten ansiedad de manera atípica (p. ej., con síntomas tanto de ansiedad como de depresión) y, por lo tanto, es más probable que justifiquen un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado. Además, la presencia de fobia específica en adultos mayores se asocia con una disminución de la calidad de vida y puede servir como factor de riesgo para un trastorno neurocognitivo mayor.

Aunque la mayoría de las fobias específicas se desarrollan en la niñez y la adolescencia, es posible que una fobia específica se desarrolle a cualquier edad, a menudo como resultado de experiencias traumáticas. Por ejemplo, las fobias a la asfixia casi siempre siguen a un evento de casi asfixia a cualquier edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores de riesgo temperamentales para la fobia específica, como la afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición del comportamiento, también son factores de riesgo para otros trastornos de ansiedad.

Ambiental. Los factores de riesgo ambientales para las fobias específicas, como la sobreprotección de los padres, la pérdida y separación de los padres y el abuso físico y sexual, también tienden a predecir otros trastornos de ansiedad. Como se señaló anteriormente, los encuentros negativos o traumáticos con el objeto o la situación temidos a veces (pero no siempre) preceden al desarrollo de la fobia específica.

Genético y fisiológico. Puede haber una susceptibilidad genética a cierta categoría de fobia específica (p. ej., un individuo con un pariente de primer grado con fobia específica a los animales tiene muchas más probabilidades de tener el mismo tipo de fobia específica que cualquier otra categoría de fobia). Los estudios con gemelos han examinado la heredabilidad de los subtipos individuales de miedos y fobias, lo que sugiere que la fobia a los animales tiene aproximadamente un 32 % de heredabilidad, la fobia a la sangre, las heridas y las inyecciones tiene un 33 % y la fobia situacional tiene un 25 %.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

En los Estados Unidos, las personas de ascendencia asiática y latinx informan una menor prevalencia de fobia específica que los blancos y africanos no latinos.

americanos. La prevalencia de los subtipos de fobia específica varía entre países.

228

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género Las

fobias específicas a los animales, al medio ambiente natural y situacionales son predominantemente experimentadas por mujeres, mientras que la fobia a las inyecciones de sangre y las lesiones se experimenta casi por igual entre mujeres y hombres. La edad media de aparición de la fobia específica durante la infancia no difiere entre niñas/mujeres y niños/hombres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas La fobia específica

se asocia tanto con pensamientos suicidas como con intentos de suicidio según datos de encuestas nacionales de EE. UU. La fobia específica también se asocia con una transición de la ideación al intento. Para las personas de la comunidad de 14 a 24 años de edad, un gran estudio prospectivo durante un período de 10 años en Alemania encontró que el 30 % de los primeros intentos de suicidio podrían atribuirse a una fobia específica.

Consecuencias funcionales de la fobia específica Las personas con fobia

específica muestran patrones similares de deterioro en el funcionamiento psicosocial y disminución de la calidad de vida que los individuos con otros trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de alcohol y sustancias, incluidos los deterioros en el funcionamiento ocupacional e interpersonal. En los adultos mayores, se puede observar un deterioro en las tareas de cuidado y las actividades de voluntariado. Además, el miedo a caerse en los adultos mayores puede conducir a una movilidad reducida y un funcionamiento físico y social reducido, y puede llevar a recibir apoyo domiciliario formal o informal. La angustia y el deterioro causados por las fobias específicas tienden a aumentar con el número de objetos y situaciones temidos.

Por lo tanto, es probable que una persona que teme a cuatro objetos o situaciones tenga un mayor deterioro en sus roles ocupacionales y sociales y una calidad de vida más baja que una persona que teme solo a un objeto o situación.

Las personas con fobia específica a las lesiones por inyección de sangre a menudo son renuentes a

obtener atención médica incluso cuando existe un problema médico. Además, el miedo a vomitar y atragantarse puede reducir sustancialmente la ingesta dietética.

Diagnóstico diferencial

Agorafobia. La fobia situacional específica puede parecerse a la agorafobia en su presentación clínica, dada la superposición de situaciones temidas (p. ej., volar, lugares cerrados, ascensores). Si un individuo teme solo una de las situaciones agorafóbicas, entonces se puede diagnosticar una fobia situacional específica. Si se temen dos o más situaciones agorafóbicas, es probable que se justifique un diagnóstico de agorafobia. Por ejemplo, una persona que teme a los aviones y a los ascensores (que se superponen con la situación agorafóbica del “transporte público”) pero que no teme a otras situaciones agorafóbicas sería diagnosticada con fobia específica situacional, mientras que una persona que teme a los aviones, ascensores y multitudes (que se superponen con dos situaciones agorafóbicas, “usar el transporte público” y “hacer fila o estar en una multitud”) sería diagnosticado con agorafobia. El criterio B de la agorafobia (las situaciones se temen o se evitan “debido a los pensamientos de que escapar podría ser difícil o podría no haber ayuda disponible en el caso de desarrollar síntomas parecidos al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos”) también puede ser útil para diferenciar la agorafobia de la agorafobia. fobia específica. Si las situaciones son temidas por razones distintas a la imposibilidad de escapar u obtener ayuda, como el miedo a ser dañado directamente por el objeto o la situación (p. ej., miedo a que el avión se estrelle, miedo a que el animal muerda), un diagnóstico de fobia específica puede ser más apropiado.

Desorden de ansiedad social. Si las situaciones son temidas debido a una evaluación negativa, se debe diagnosticar trastorno de ansiedad social en lugar de fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación. Si las situaciones son temidas debido a la separación de un cuidador principal o figura de apego, se debe diagnosticar trastorno de ansiedad por separación en lugar de fobia específica.

Trastorno de pánico. Las personas con fobia específica pueden experimentar ataques de pánico cuando se enfrentan a su situación u objeto temido. un diagnóstico de

se daría una fobia específica si los ataques de pánico solo ocurrieran en respuesta al objeto o situación específicos, mientras que se daría un diagnóstico de trastorno de pánico si el individuo también experimentó ataques de pánico inesperados (es decir, no en respuesta al objeto de la fobia específica). o situación).

Desorden obsesivo compulsivo. Si el miedo o la ansiedad primarios de un individuo es de un objeto o situación como resultado de obsesiones (p. ej., miedo a la sangre debido a pensamientos obsesivos sobre la contaminación de patógenos transmitidos por la sangre [es decir, VIH]; miedo a conducir debido a imágenes obsesivas de daño otros), y si se cumplen otros criterios de diagnóstico para el trastorno obsesivo-compulsivo, entonces se debe diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastornos relacionados con traumas y factores estresantes. Si la fobia se desarrolla después de un evento traumático, se debe considerar como diagnóstico el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, los eventos traumáticos pueden preceder al inicio del PTSD y la fobia específica. En este caso, se asignaría un diagnóstico de fobia específica solo si no se cumplen todos los criterios para el TEPT.

Trastornos de la alimentación. No se da un diagnóstico de fobia específica si la conducta de evitación se limita exclusivamente a evitar la comida y las señales relacionadas con la comida, en cuyo caso se debe considerar un diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos. Cuando el miedo y la evitación son atribuibles al pensamiento delirante (como en la esquizofrenia u otro espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), no se justifica el diagnóstico de fobia específica.

Comorbilidad La

fobia específica rara vez se observa en entornos médico-clínicos en ausencia de otra psicopatología y se observa con mayor frecuencia en entornos de salud mental no médicos. La fobia específica se asocia frecuentemente con una variedad de otros trastornos. Debido al inicio temprano, la fobia específica suele ser el trastorno primario temporal. Las personas con fobia específica tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, incluidos otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y bipolares, trastornos relacionados con sustancias

trastornos de la personalidad, síntomas somáticos y trastornos relacionados, y trastornos de la personalidad (particularmente el trastorno de la personalidad dependiente).

Desorden de ansiedad social

Criterios de diagnóstico

F40.10

A. Miedo o ansiedad marcados por una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible escrutinio de los demás.

Los ejemplos incluyen interacciones sociales (p. ej., tener una conversación, conocer gente desconocida), ser observado (p. ej., comer o beber) y actuar frente a otros (p. ej., dar un discurso).

Nota: en los niños, la ansiedad debe ocurrir en entornos de pares y no solo durante las interacciones con adultos.

B. El individuo teme que él o ella actuará de una manera o mostrará síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente (es decir, será humillante o vergonzoso; conducirá al rechazo u ofenderá a otros).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad pueden expresarse mediante el llanto, las rabietas, congelarse, aferrarse, encogerse o no poder hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o se soportan con miedo intenso o ansiedad.

E. El miedo o la ansiedad no guardan proporción con la amenaza real que plantea la situación social y el contexto sociocultural.

230

F. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general duraderos. durante 6 meses o más.

- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o el trastorno del espectro autista.
- J. Si hay otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación claramente no están relacionados o son excesivos.

Especifique

si: **Solo actuación:** si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Especificadores

Las personas con el tipo de trastorno de ansiedad social basado únicamente en la actuación tienen temores de actuación que suelen ser más perjudiciales en su vida profesional (p. ej., músicos, bailarines, artistas, atletas) o en funciones que requieren hablar en público con regularidad. Los temores de rendimiento también pueden manifestarse en el trabajo, la escuela o entornos académicos en los que se requieren presentaciones públicas periódicas. Las personas con trastorno de ansiedad social solo de rendimiento no temen ni evitan las situaciones sociales de no rendimiento.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un miedo o una ansiedad marcados o intensos ante las situaciones sociales en las que el individuo puede ser examinado por otros. En los niños, el miedo o la ansiedad deben ocurrir en el entorno de los compañeros y no solo durante las interacciones con los adultos (Criterio A). Cuando se expone a tales situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. Al individuo le preocupa que lo juzguen como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable. Él

el individuo teme actuar o aparecer de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad, como sonrojarse, temblar, sudar, tropezar con las propias palabras o mirar fijamente, que serán evaluados negativamente por los demás (Criterio B). Algunas personas temen ofender a otros o ser rechazadas como resultado. El miedo a ofender a los demás, por ejemplo, con la mirada o mostrando síntomas de ansiedad, puede ser el miedo predominante en individuos de culturas con fuertes orientaciones colectivistas. Una persona con miedo a que le tiemblen las manos puede evitar beber, comer, escribir o señalar en público; una persona con miedo a sudar puede evitar darse la mano o comer alimentos picantes; y una persona con miedo a sonrojarse puede evitar las actuaciones públicas, las luces brillantes o las conversaciones sobre temas íntimos. Algunas personas temen y evitan orinar en baños públicos cuando hay otras personas presentes (es decir, paruresis o “síndrome de vejiga tímida”).

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad (Criterio C). Por lo tanto, un individuo que se vuelve ansioso solo ocasionalmente en la(s) situación(es) social(es) no sería diagnosticado con trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el grado y el tipo de miedo y ansiedad pueden variar (p. ej., ansiedad anticipatoria, un ataque de pánico) en diferentes ocasiones. La ansiedad anticipatoria puede ocurrir a veces mucho antes de las próximas situaciones (p. ej., preocuparse todos los días durante semanas antes de asistir a un evento social, repetir un discurso con días de anticipación). En los niños, el miedo o la ansiedad pueden expresarse mediante el llanto, las rabietas, el congelamiento, el aferramiento o el encogimiento en situaciones sociales. El individuo a menudo evitará las situaciones sociales temidas. Alternativamente, las situaciones se soportan con miedo o ansiedad intensos (Criterio D). La evitación puede ser extensa (p. ej., no ir a fiestas, rechazar la escuela) o sutil (p. ej., preparar demasiado el texto de un discurso, desviar la atención hacia los demás, limitar el contacto visual).

Se juzga que el miedo o la ansiedad no guardan proporción con el riesgo real de ser evaluado negativamente o con las consecuencias de tal evaluación negativa (Criterio E).

A veces, la ansiedad puede no considerarse excesiva porque está relacionada con un peligro real (p. ej., ser intimidado o atormentado por otros).

Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad social a menudo sobreestiman la

consecuencias negativas de las situaciones sociales y, por lo tanto, el juicio de estar fuera de proporción lo hace el clínico. El contexto sociocultural del individuo debe tenerse en cuenta cuando se hace este juicio.

Por ejemplo, en ciertas culturas, el comportamiento que de otro modo podría parecer socialmente ansioso puede considerarse apropiado en situaciones sociales (p. ej., puede verse como una señal de respeto).

La duración de la alteración suele ser de al menos 6 meses (Criterio F). Este umbral de duración ayuda a distinguir el trastorno de los temores sociales transitorios que son comunes, particularmente entre los niños y en la comunidad. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente con la rutina normal del individuo, el funcionamiento laboral o académico, o las actividades o relaciones sociales, o deben causar una angustia clínicamente significativa (Criterio G). Por ejemplo, una persona que tiene miedo de hablar en público no recibiría un diagnóstico de trastorno de ansiedad social si esta actividad no se encuentra de forma rutinaria en el trabajo o en el trabajo en el aula, y si la persona no está significativamente angustiada por ello. Sin embargo, si el individuo evita el trabajo o la educación que realmente desea, o es pasado por alto, debido a los síntomas de ansiedad social, se cumple el Criterio G.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de ansiedad social pueden ser inadecuadamente asertivas o excesivamente sumisas o, con menos frecuencia, muy controladoras de la conversación. Pueden mostrar una postura corporal demasiado rígida o un contacto visual inadecuado, o hablar con una voz demasiado suave. Estos individuos pueden ser tímidos o retraídos, y pueden ser menos abiertos en las conversaciones y revelar poco sobre sí mismos.

Pueden buscar empleo en trabajos que no requieran contacto social, aunque este no es el caso de las personas con trastorno de ansiedad social, solo de rendimiento. Pueden vivir en casa más tiempo. Los hombres pueden demorarse en casarse y tener una familia, mientras que las mujeres que querrían trabajar fuera del hogar pueden vivir una vida sin hacerlo nunca.

La automedicación con sustancias es común (p. ej., beber antes de ir a una fiesta). La ansiedad social entre los adultos mayores también puede incluir la exacerbación de los síntomas de enfermedades médicas, como un aumento del temblor o la taquicardia.

El rubor es una respuesta física característica del trastorno de ansiedad social.

Predominio

La estimación de prevalencia de 12 meses del trastorno de ansiedad social en los Estados Unidos es de aproximadamente 7%. Se observan estimaciones de prevalencia de 12 meses más bajas en gran parte del mundo utilizando el mismo instrumento de diagnóstico, agrupadas alrededor de 0,5% a 2,0%; la prevalencia media en Europa es del 2,3%. La prevalencia parece estar aumentando en los Estados Unidos y los países de Asia oriental. Las tasas de prevalencia a los 12 meses en adolescentes jóvenes (de 13 a 17 años) son aproximadamente la mitad de las de los adultos. Las tasas de prevalencia a los 12 meses disminuyen después de los 65 años. La prevalencia a los 12 meses para los adultos mayores en América del Norte, Europa y Australia oscila entre el 2 % y el 5 %. En general, se encuentran tasas más altas de trastorno de ansiedad social en mujeres que en hombres en la población general (con razones de probabilidad que van de 1,5 a 2,2), y la diferencia de género en la prevalencia es más pronunciada en adolescentes y adultos jóvenes. Las tasas de género son equivalentes o ligeramente más altas para los hombres en las muestras clínicas, y se supone que los roles de género y las expectativas sociales desempeñan un papel importante en la explicación del aumento del comportamiento de búsqueda de ayuda en los hombres. Se ha encontrado que la prevalencia en los Estados Unidos es menor en personas de ascendencia asiática, latina, afroamericana y negra caribeña en comparación con los blancos no hispanos.

Desarrollo y curso

La mediana de edad de inicio del trastorno de ansiedad social en los Estados Unidos es de 13 años, y el 75 % de las personas tienen una edad de inicio entre los 8 y los 15 años. El trastorno a veces surge

232

a partir de una historia infantil de inhibición social o timidez en los estudios estadounidenses y europeos. El inicio también puede ocurrir en la primera infancia. El inicio del trastorno de ansiedad social puede seguir a una experiencia estresante o humillante (p. ej., ser intimidado, vomitar durante un discurso público) o puede ser insidioso y desarrollarse lentamente. El primer inicio en la edad adulta es relativamente raro y es más probable que ocurra después de un evento estresante o humillante o después de cambios en la vida que requieren nuevos roles sociales (p. ej., casarse con alguien de una clase social diferente, recibir una promoción laboral). El trastorno de ansiedad social puede disminuir

después de que una persona con miedo a las citas se casa y puede resurgir después del divorcio. Entre los individuos que acuden a la atención clínica, el trastorno tiende a ser particularmente persistente.

Los adolescentes tienen un patrón más amplio de miedo y evitación, incluso de citas, en comparación con los niños más pequeños. Los adultos mayores expresan ansiedad social en niveles más bajos pero en una gama más amplia de situaciones, mientras que los adultos más jóvenes expresan niveles más altos de ansiedad social en situaciones específicas.

En los adultos mayores, la ansiedad social puede relacionarse con la discapacidad debido a la disminución del funcionamiento sensorial (audición, visión) o vergüenza por la apariencia (p. ej., temblor como síntoma de la enfermedad de Parkinson) o el funcionamiento debido a condiciones médicas, incontinencia o deterioro cognitivo (p. ej., olvidar los nombres de las personas). La detección del trastorno de ansiedad social en adultos mayores puede ser un desafío debido a varios factores, incluido el enfoque en los síntomas somáticos, la enfermedad médica comórbida, la percepción limitada, los cambios en el entorno social o los roles que pueden ocultar el deterioro en el funcionamiento social, o la reticencia a describir la angustia psicológica. . Existe una gran variación en las tasas de remisión del trastorno de ansiedad social, lo que sugiere diferentes trayectorias (cortas, fluctuantes y crónicas).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los rasgos subyacentes que predisponen a las personas al trastorno de ansiedad social incluyen la inhibición del comportamiento y el miedo a la evaluación negativa, así como la evitación del daño. Los rasgos de personalidad consistentemente asociados con el trastorno de ansiedad social son alta afectividad negativa (neuroticismo) y baja extraversion.

Ambiental. Existe evidencia de que las experiencias sociales negativas, en particular la victimización entre compañeros, están asociadas con el desarrollo del trastorno de ansiedad social, aunque se desconocen las vías causales.

El maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social. Entre los afroamericanos y los negros caribeños de los Estados Unidos, las formas cotidianas de discriminación étnica y racismo están asociadas con el trastorno de ansiedad social.

Genético y fisiológico. Los rasgos que predisponen a las personas al trastorno de ansiedad social, como la inhibición del comportamiento, están fuertemente influenciados genéticamente.

La influencia genética está sujeta a la interacción gen-ambiente; es decir, los niños con una alta inhibición del comportamiento son más susceptibles a las influencias ambientales, como el modelado de ansiedad social por parte de los padres.

Además, el trastorno de ansiedad social es hereditario. Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener un trastorno de ansiedad social, y la propensión al trastorno implica la interacción de factores genéticos específicos del trastorno (p. ej., miedo a la evaluación negativa) e inespecíficos (p. ej., afectividad negativa [neuroticismo]). factores Se ha encontrado que la contribución genética al trastorno de ansiedad social es mayor para el trastorno de ansiedad social en niños que para el trastorno de ansiedad social en adultos y mayor para los síntomas de ansiedad social que para un diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad social.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La naturaleza y los tipos de situaciones sociales que precipitan los síntomas del trastorno de ansiedad social son similares entre los grupos etnoraciales de EE. UU., incluido el miedo a la actuación/hablar en público, la interacción social y ser observado.

Los blancos no latinos de EE. UU. informan una edad más temprana de inicio del trastorno de ansiedad social que los latinos de EE. UU., sin embargo, estos últimos describen un mayor deterioro en los dominios del hogar, el trabajo y las relaciones asociados con el trastorno.

233

El estatus de inmigrante se asocia con tasas más bajas de trastorno de ansiedad social tanto en los grupos latinos como en los blancos no latinos. El síndrome de **taijin kyofusho** (p. ej., en Japón y Corea) a menudo se caracteriza por preocupaciones de evaluación social, que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad social, que se asocian con el temor de que el individuo incomode a **otras** personas (p. ej., "Mi mirada molesta a las personas", "para que desvíen la mirada y me eviten"), un miedo que a veces se vive con una intensidad delirante. Otras presentaciones de **taijin kyofusho** pueden cumplir los criterios de trastorno dismórfico corporal o trastorno delirante.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género La

edad de inicio del trastorno de ansiedad social no difiere según el género. Las mujeres con trastorno de ansiedad social reportan un mayor número de miedos sociales y

trastorno depresivo mayor comórbido y otros trastornos de ansiedad, mientras que los hombres tienen más probabilidades de temer las citas; tiene trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial; y usar alcohol y drogas ilícitas para aliviar los síntomas del trastorno. La paruresis es más común en los hombres.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Entre los adolescentes de EE. UU., se ha informado que el trastorno de ansiedad social aumenta el riesgo de pensamientos suicidas activos e intentos de suicidio en los latinos, pero no en los blancos no latinos, independientemente del efecto de la depresión mayor y los ingresos familiares.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad social El trastorno de ansiedad social se asocia con tasas elevadas de abandono escolar y con disminución del bienestar, el empleo, la productividad en el lugar de trabajo, el nivel socioeconómico y la calidad de vida. El trastorno de ansiedad social también se asocia con ser soltero, soltero o divorciado y con no tener hijos, particularmente entre los hombres, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de estar desempleadas. El trastorno de ansiedad social también se asocia negativamente con la calidad de la amistad, de modo que las personas con trastorno de ansiedad social informan tener amistades menos cercanas y menos solidarias que las personas sin el trastorno. En los adultos mayores, puede haber deterioro en los deberes de cuidado y actividades de voluntariado. El trastorno de ansiedad social también impide las actividades de ocio. A pesar de la magnitud de la angustia y el deterioro social asociados con el trastorno de ansiedad social, solo alrededor de la mitad de las personas con el trastorno en sociedades de altos ingresos buscan tratamiento, y tienden a hacerlo solo después de 15 a 20 años de experimentar síntomas. No estar empleado es un fuerte predictor de la persistencia del trastorno de ansiedad social.

Diagnóstico diferencial

Timidez normativa. La timidez (es decir, la reticencia social) es un rasgo común de la personalidad y no es patológico en sí mismo. En algunas sociedades, la timidez incluso se evalúa positivamente. Sin embargo, cuando hay un impacto adverso significativo en las áreas sociales, ocupacionales y otras áreas importantes de funcionamiento, un

se debe considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad social, y cuando se cumplen todos los criterios de diagnóstico para el trastorno de ansiedad social, se debe diagnosticar el trastorno. Solo una minoría (12 %) de las personas tímidas que se identifican a sí mismas en los Estados Unidos tienen síntomas que cumplen los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social.

Agorafobia. Las personas con agorafobia pueden temer y evitar situaciones sociales (p. ej., ir al cine) porque puede ser difícil escapar o puede que no haya ayuda disponible en caso de incapacitación o síntomas similares al pánico, mientras que las personas con trastorno de ansiedad social temen más el escrutinio. por otros. Además, es probable que las personas con trastorno de ansiedad social estén tranquilas cuando se las deja completamente solas, lo que a menudo no es el caso en la agorafobia.

234

Trastorno de pánico. Las personas con trastorno de ansiedad social pueden tener ataques de pánico, pero los ataques de pánico siempre son provocados por situaciones sociales y no ocurren "de la nada". Además, es más probable que las personas con trastorno de ansiedad social se angustien por temor a una evaluación negativa derivada de un ataque de pánico que por los propios ataques de pánico.

Trastorno de ansiedad generalizada. Las preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra más en la naturaleza de las relaciones en curso que en el miedo a la evaluación negativa. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada, en particular los niños, pueden tener preocupaciones excesivas sobre la calidad de su desempeño social, pero estas preocupaciones también se relacionan con el desempeño no social y cuando el individuo no está siendo evaluado por otros. En el trastorno de ansiedad social, las preocupaciones se centran en el desempeño social y la evaluación de los demás.

Trastorno de ansiedad por separación. Las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden evitar los entornos sociales (incluido el rechazo a ir a la escuela) debido a la preocupación de separarse de las figuras de apego o, en los niños, de requerir la presencia de un parent cuando no es apropiado para el desarrollo. Las personas con trastorno de ansiedad por separación suelen sentirse cómodas en entornos sociales cuando su figura de apego está presente o cuando están en casa, mientras que

las personas con trastorno de ansiedad social pueden sentirse incómodas cuando se dan situaciones sociales en el hogar o en presencia de figuras de apego.

Fobias específicas. Las personas con fobias específicas pueden temer vergüenza o humillación (p. ej., vergüenza por desmayarse cuando les extraen sangre), pero generalmente no temen la evaluación negativa en otras situaciones sociales.

Mutismo selectivo. Las personas con mutismo selectivo pueden no hablar por miedo a la evaluación negativa, pero no temen la evaluación negativa en situaciones sociales en las que no se requiere hablar (p. ej., juegos no verbales).

Trastorno depresivo mayor. Las personas con trastorno depresivo mayor pueden estar preocupadas por ser evaluadas negativamente por otros porque sienten que son malos o que no son dignos de ser queridos. Por el contrario, a las personas con trastorno de ansiedad social les preocupa ser evaluadas negativamente debido a ciertos comportamientos sociales o síntomas físicos.

Desorden dismórfico del cuerpo. Las personas con trastorno dismórfico corporal están preocupadas por uno o más defectos o defectos percibidos en su apariencia física que no son observables o parecen leves para los demás; esta preocupación a menudo causa ansiedad social y evitación. Si sus miedos sociales y su evitación son causados únicamente por sus creencias sobre su apariencia, no se justifica un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad social.

Desorden delirante. Las personas con trastorno delirante pueden tener delirios no extraños y/o alucinaciones relacionadas con el tema delirante que se centran en ser rechazados u ofender a los demás. Aunque el grado de comprensión de las creencias acerca de las situaciones sociales puede variar, muchas personas con trastorno de ansiedad social tienen una buena comprensión de que sus creencias no guardan proporción con la amenaza real que representa la situación social.

Desorden del espectro autista. La ansiedad social y los déficits de comunicación social son características del trastorno del espectro autista. Las personas con trastorno de ansiedad social suelen tener relaciones sociales y capacidad de comunicación social adecuadas para su edad, aunque puede parecer que tienen un deterioro en estas áreas cuando interactúan por primera vez con compañeros o adultos desconocidos.

Desorden de personalidad.

Dado su inicio frecuente en la niñez y su persistencia en la edad adulta, el trastorno de ansiedad social puede parecerse a un trastorno de la personalidad. La superposición más aparente es con el trastorno de personalidad por evitación. Las personas con trastorno de personalidad por evitación tienen un patrón de evitación más amplio y tasas más altas de deterioro que las personas con trastorno de ansiedad social. Además, las personas con trastorno de la personalidad por evitación tienen un autoconcepto fuerte y penetrantemente negativo, una visión del rechazo como equivalente a una evaluación global del yo como alguien que no vale la pena y una sensación de no encajar.

235

socialmente que data de la primera infancia. No obstante, el trastorno de ansiedad social es típicamente más comórbido con el trastorno de la personalidad por evitación que con cualquier otro trastorno de la personalidad, y el trastorno de la personalidad por evitación es más comórbido con el trastorno de ansiedad social que con cualquier otro trastorno de ansiedad.

Otros trastornos mentales. Los temores sociales y la incomodidad pueden ocurrir como parte de la esquizofrenia, pero por lo general hay otras evidencias de síntomas psicóticos. En las personas con un trastorno alimentario, es importante determinar que el miedo a la evaluación negativa de los síntomas o comportamientos del trastorno alimentario (p. ej., purgas y vómitos) no es la única fuente de ansiedad social antes de aplicar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social. De manera similar, el trastorno obsesivo-compulsivo puede asociarse con ansiedad social, pero el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad social se usa solo cuando los temores sociales y la evitación son independientes de los focos de las obsesiones y compulsiones.

Otras condiciones médicas. Las condiciones médicas pueden producir síntomas que pueden ser vergonzosos (p. ej., temblores en la enfermedad de Parkinson). Cuando el miedo a la evaluación negativa debido a otras condiciones médicas se considera excesivo, se debe considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

Trastorno de oposición desafiante La negativa a hablar debido a la oposición a las figuras de autoridad debe diferenciarse de la falta de habla por temor a una evaluación negativa.

Comorbilidad El

trastorno de ansiedad social a menudo es comórbido con otros trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo mayor y los trastornos por uso de sustancias, y el inicio del trastorno de ansiedad social generalmente precede al de los otros trastornos, excepto la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. El aislamiento social crónico en el curso del trastorno de ansiedad social puede resultar en un trastorno depresivo mayor. La comorbilidad con la depresión es alta también en los adultos mayores. Las sustancias pueden usarse como automedicación para los miedos sociales, pero los síntomas de intoxicación o abstinencia de sustancias, como el temblor, también pueden ser una fuente de (más) miedo social. El trastorno de ansiedad social con frecuencia es comórbido con el trastorno dismórfico corporal, y el trastorno de ansiedad social generalizada a menudo es comórbido con el trastorno de personalidad por evitación. En los niños, son comunes las comorbilidades con el trastorno del espectro autista de alto funcionamiento y el mutismo selectivo.

Trastorno de pánico

Criterios de diagnóstico

F41.0

A. Ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una oleada abrupta de miedo intenso o incomodidad intensa que alcanza su punto máximo en cuestión de minutos y durante el cual se presentan cuatro (o más) de los siguientes síntomas: **Nota:** la oleada abrupta puede ocurrir a partir de un estado de calma o de ansiedad . .

1. Palpitaciones, palpitaciones o frecuencia cardíaca acelerada.
2. Sudoración.
3. Temblores o temblores.
4. Sensaciones de dificultad para respirar o asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o malestar en el pecho.
7. Náuseas o molestias abdominales.

8. Sentirse mareado, inestable, aturdido o débil.
9. Escalofríos o sensaciones de calor.

236

10. Parestesias (sensaciones de entumecimiento u hormigueo).
11. Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Nota: Es posible que se observen síntomas específicos de la cultura (p. ej., tinnitus, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llantos incontrolables). Dichos síntomas no deben contar como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B. Al menos uno de los ataques ha sido seguido por 1 mes (o más) de uno o ambos de los siguientes: 1.

Preocupación persistente o preocupación por ataques de pánico adicionales o sus consecuencias (p. ej., perder el control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos diseñados para evitar ataques de pánico, como evitar el ejercicio o situaciones desconocidas).

- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares). (p.ej,

- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicos circunscritos, como en la fobia específica; en respuesta a las obsesiones, como en el trastorno obsesivo compulsivo; en respuesta a los recordatorios de situaciones traumáticas

eventos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de las figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Características diagnósticas

El trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A). (Para obtener una descripción detallada de los síntomas y el curso que caracteriza un **ataque** de pánico, consulte la sección "Características" del Especificador de ataques de pánico, a continuación de este texto sobre el trastorno de pánico). minutos, y durante ese tiempo ocurren 4 o más de una lista de 13 síntomas físicos y cognitivos. El término **recurrente** significa más de un ataque de pánico inesperado. El término **inesperado** se refiere a un ataque de pánico para el cual no hay una señal o desencadenante obvio en el momento de ocurrir, es decir, el ataque parece ocurrir de la nada, como cuando el individuo se está relajando o saliendo del sueño (aparición nocturna). ataque de pánico). Por el contrario, los ataques de pánico **esperados** son aquellos para los que existe una señal o un desencadenante obvio, como una situación en la que normalmente se han producido ataques de pánico. La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados la hace el médico, quien hace este juicio basado en una combinación de preguntas cuidadosas sobre la secuencia de eventos que preceden o conducen al ataque y el propio juicio del individuo de si el ataque parecía ocurrir sin razón aparente. Las interpretaciones culturales pueden influir en la asignación de los ataques de pánico como esperados o inesperados (consulte la sección "Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura" para este trastorno). En los Estados Unidos y Europa, aproximadamente la mitad de las personas con trastorno de pánico han esperado ataques de pánico, así como ataques de pánico inesperados. Por lo tanto, la presencia de ataques de pánico esperados no descarta el diagnóstico de trastorno de pánico.

La frecuencia y la gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente. En términos de frecuencia, puede haber ataques moderadamente frecuentes (p. ej., uno por semana) durante meses a la vez, o ráfagas breves de ataques más frecuentes (p. ej., diarios) separados por semanas o meses sin ningún ataque o con ataques menos frecuentes (por ejemplo, dos por mes) durante muchos años. Las personas que tienen ataques de pánico poco frecuentes se parecen a las que tienen ataques de pánico más frecuentes en

términos de síntomas de ataques de pánico, características demográficas, comorbilidad con otros trastornos, familia

237

historia y datos biológicos. En términos de gravedad, las personas con trastorno de pánico pueden tener ataques de síntomas completos (cuatro o más síntomas) y de síntomas limitados (menos de cuatro síntomas), y la cantidad y el tipo de síntomas de ataques de pánico con frecuencia difieren de un ataque de pánico a otro. próximo. Sin embargo, se requiere más de un ataque de pánico inesperado con síntomas completos para el diagnóstico del trastorno de pánico.

Un ataque de pánico **nocturno** (es decir, despertarse del sueño en un estado de pánico) difiere del pánico después de despertarse completamente del sueño. En los Estados Unidos, se ha estimado que el ataque de pánico nocturno ocurre al menos una vez en aproximadamente un cuarto a un tercio de las personas con trastorno de pánico, de los cuales la mayoría también tiene ataques de pánico diurnos. Las personas con ataques de pánico diurnos y nocturnos tienden a tener un trastorno de pánico más grave en general.

Las preocupaciones sobre los ataques de pánico o sus consecuencias por lo general se relacionan con preocupaciones físicas, como la preocupación de que los ataques de pánico reflejen la presencia de enfermedades potencialmente mortales (p. ej., enfermedad cardíaca, trastorno convulsivo); preocupaciones sociales, como vergüenza o miedo a ser juzgado negativamente por otros debido a síntomas de pánico visibles; y preocupaciones sobre el funcionamiento mental, como “volverse loco” o perder el control (Criterio B). Las personas que informan temores de morir en sus ataques de pánico tienden a tener presentaciones más graves de trastorno de pánico (p. ej., ataques de pánico que involucran más síntomas). Los cambios de mala adaptación en el comportamiento representan intentos de minimizar o evitar los ataques de pánico o sus consecuencias. Los ejemplos incluyen evitar el esfuerzo físico, reorganizar la vida diaria para garantizar que haya ayuda disponible en caso de un ataque de pánico, restringir las actividades diarias habituales y evitar situaciones de tipo agorafobia, como salir de casa, usar el transporte público o ir de compras. Si la agorafobia está presente, se da un diagnóstico separado de agorafobia.

Funciones asociadas

Además de preocuparse por los ataques de pánico y sus consecuencias, muchas personas con trastorno de pánico reportan sentimientos de ansiedad constantes o intermitentes que están más ampliamente relacionados con problemas de salud y salud mental.

Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico a menudo anticipan un resultado catastrófico a partir de un síntoma físico leve o un efecto secundario de un medicamento (p. ej., pensar que pueden tener una enfermedad cardíaca o que un dolor de cabeza significa la presencia de un tumor cerebral). Tales individuos a menudo son relativamente intolerantes a los efectos secundarios de los medicamentos. Además, puede haber preocupaciones generalizadas sobre la capacidad para completar las tareas diarias o soportar los factores estresantes diarios, el uso excesivo de drogas (p. ej., alcohol, medicamentos recetados o drogas ilícitas) para controlar los ataques de pánico o comportamientos extremos destinados a controlar los ataques de pánico (p. ej., restricciones severas en la ingesta de alimentos o la evitación de alimentos o medicamentos específicos debido a la preocupación por los síntomas físicos que provocan ataques de pánico).

Predominio

En la población general, la estimación de prevalencia de 12 meses para el trastorno de pánico en los Estados Unidos y varios países europeos es de aproximadamente 2% a 3% en adultos y adolescentes. La prevalencia global de por vida se estima en 1,7%, con un riesgo de por vida proyectado de 2,7% en las Encuestas Mundiales de Salud Mental. En los Estados Unidos, se informan estimaciones de prevalencia significativamente más bajas del trastorno de pánico entre latinos, afroamericanos, negros caribeños y asiáticos americanos, en comparación con los blancos no latinos. Las estimaciones de prevalencia del trastorno de pánico en los indios americanos oscilan entre el 2,6 % y el 4,1 %. Se han informado estimaciones más bajas para los países de Asia, África y América Latina, que oscilan entre el 0,1 % y el 0,8 %. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los hombres, en una proporción de aproximadamente 2:1. La diferenciación de género se produce en la adolescencia y ya es observable antes de los 14 años. Aunque los ataques de pánico ocurren en niños, la prevalencia general del trastorno de pánico es baja antes de los 14 años (<0,4%). Las tasas de trastorno de pánico muestran un aumento gradual durante la adolescencia y posiblemente después del inicio de la pubertad, y alcanzan su punto máximo durante la edad adulta. La prevalencia disminuye en personas mayores (es decir, 1,2 % en adultos mayores de 55 años, 0,7 % en adultos mayores de 64 años), lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos.

Desarrollo y curso La mediana de

edad de inicio del trastorno de pánico en los Estados Unidos es de 20 a 24 años, y entre países es de 32 años. La edad media de inicio es de 34,7 años.

Un pequeño número de casos comienza en la niñez y el inicio después de los 55 años es inusual pero puede ocurrir. El curso habitual, si el trastorno no se trata, es crónico pero con altibajos. Algunas personas pueden tener brotes episódicos con años de remisión en el medio, y otras pueden tener sintomatología grave continua. Según un estudio longitudinal en los Países Bajos, alrededor de una cuarta parte de las personas con trastorno de pánico experimentaron una recurrencia de los síntomas dentro del período de seguimiento inicial de 2 años. Solo una minoría de personas logra una remisión completa sin una recaída posterior en unos pocos años. El curso del trastorno de pánico generalmente se complica por una variedad de otros trastornos, en particular, otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos por uso de sustancias (consulte la sección "Comorbilidad" para este trastorno). Se ha informado que los adultos afroamericanos tienen un curso más crónico de trastorno de pánico en comparación con los adultos blancos no latinos, posiblemente debido al impacto duradero del racismo y la discriminación, el estigma debido a la enfermedad mental y el acceso limitado a la atención adecuada.

Aunque el trastorno de pánico es muy raro en la infancia, la primera aparición de "episodios de miedo" a menudo se remonta retrospectivamente a la infancia. Al igual que en los adultos, el trastorno de pánico en los adolescentes tiende a tener un curso crónico y con frecuencia es comórbido con otros trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares. Hasta la fecha no se han encontrado diferencias en la presentación clínica entre adolescentes y adultos. Sin embargo, los adolescentes pueden estar menos preocupados por ataques de pánico adicionales que los adultos jóvenes. La menor prevalencia del trastorno de pánico en los adultos mayores parece atribuirse a la "reducción" relacionada con la edad de la respuesta del sistema nervioso autónomo. Se observa que muchas personas mayores con "sentimientos de pánico" tienen un "híbrido" de ataques de pánico de síntomas limitados y ansiedad generalizada. Además, los adultos mayores tienden a atribuir sus ataques de pánico a ciertas situaciones estresantes, como un procedimiento médico o un entorno social. Las personas mayores pueden respaldar retrospectivamente las explicaciones del ataque de pánico (lo que impediría la

diagnóstico de trastorno de pánico), incluso si un ataque podría haber sido realmente inesperado en el momento (y por lo tanto calificar como base para un diagnóstico de trastorno de pánico). Esto puede dar lugar a una subestimación de los ataques de pánico inesperados en las personas mayores. Por lo tanto, se requiere un interrogatorio cuidadoso de los adultos mayores para evaluar si se esperaban ataques de pánico antes de entrar en la situación, de modo que no se pasen por alto los ataques de pánico inesperados y el diagnóstico de trastorno de pánico.

Si bien la baja tasa de trastorno de pánico en los niños podría estar relacionada con las dificultades para informar los síntomas, esto parece poco probable dado que los niños son capaces de informar miedo o pánico intensos en relación con la separación y los objetos fóbicos o las situaciones fóbicas. Los adolescentes pueden estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente sobre los ataques de pánico. Por lo tanto, los médicos deben ser conscientes de que los ataques de pánico inesperados ocurren en los adolescentes, al igual que en los adultos, y estar atentos a esta posibilidad cuando se encuentran con adolescentes que presentan episodios de miedo o angustia intensos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La afectividad negativa (neuroticismo) (es decir, la propensión a experimentar emociones negativas), la sensibilidad a la ansiedad (es decir, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son dañinos), la inhibición del comportamiento y la evitación del daño son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico y trastorno de pánico. . Los antecedentes de "episodios de miedo" (es decir, ataques de síntomas limitados que no cumplen todos los criterios para un ataque de pánico) pueden ser un factor de riesgo para ataques de pánico posteriores y trastorno de pánico, particularmente cuando la primera experiencia de pánico se evalúa como negativa. Aunque la ansiedad por separación en la infancia, especialmente cuando es grave, puede preceder al desarrollo posterior del trastorno de pánico, no es un factor de riesgo constante.

Ambiental. La mayoría de las personas reportan factores estresantes identificables en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., factores estresantes interpersonales y factores estresantes relacionados con el bienestar físico,

como experiencias negativas con drogas ilícitas o recetadas, enfermedad o muerte en la familia). Además, más estrés vital crónico se asocia con

mayor gravedad del trastorno de pánico. Entre el 10% y el 60% de las personas con trastorno de pánico tienen antecedentes de trauma, y las experiencias estresantes de la vida y las adversidades de la infancia se asocian con una patología de pánico más grave.

La sobreprotección de los padres y la baja calidez emocional también son factores de riesgo para el trastorno de pánico. Las personas con pocos recursos económicos tienen más probabilidades de tener síntomas que cumplan con los criterios del trastorno de pánico. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico.

Genético y fisiológico. Múltiples genes probablemente confieren vulnerabilidad al trastorno de pánico; sin embargo, los genes exactos, los productos genéticos o las funciones relacionadas con las regiones genéticas implicadas siguen sin conocerse. Existe un mayor riesgo de trastorno de pánico entre los hijos de padres con trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares.

Las personas con trastorno de pánico muestran una sensibilidad particularmente mejorada a la estimulación respiratoria utilizando aire enriquecido con CO₂. Los trastornos respiratorios, como el asma, pueden estar asociados con el trastorno de pánico, en términos de antecedentes, comorbilidad y antecedentes familiares.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La tasa de temores sobre los síntomas somáticos y mentales de la ansiedad parece variar según los contextos culturales y puede influir en la tasa de ataques de pánico y trastorno de pánico.

Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados. Por ejemplo, una persona vietnamita que tiene un ataque de pánico después de caminar en un ambiente ventoso (*trúng gió*; “golpeado por el viento”) puede atribuir el ataque de pánico a la exposición al viento como resultado del síndrome cultural que vincula estas dos experiencias . , lo que resultó en la clasificación del ataque de pánico como se esperaba.

Varios otros conceptos culturales de angustia están asociados con el trastorno de pánico, incluido el **ataque de nervios** entre los latinoamericanos y los ataques de **khyâl** y la “pérdida del alma” entre los camboyanos. **El ataque de nervios** puede implicar temblores, gritos o llantos incontrolables, comportamiento agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, que pueden experimentarse durante más tiempo que los pocos minutos típicos de los ataques de pánico. Algunas presentaciones clínicas de **ataque de nervios** cumplen los criterios para condiciones distintas del ataque de pánico (p. ej., trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Estos conceptos de angustia tienen un impacto en los síntomas y

frecuencia del trastorno de pánico, incluida la atribución individual de lo inesperado, ya que los conceptos culturales de angustia pueden crear miedo a ciertas situaciones, que van desde discusiones interpersonales (asociadas con ataques **de nervios**), hasta tipos de esfuerzo (asociados con ataques de **khyâl**) y viento atmosférico. (asociado con ataques **trúng gió**). La aclaración de los detalles de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico esperados e inesperados. Para obtener más información sobre los conceptos culturales de angustia, consulte el capítulo "Cultura y diagnóstico psiquiátrico" en la Sección III.

Es probable que las preocupaciones específicas sobre los ataques de pánico o sus consecuencias varíen según los grupos etnoraciales y los contextos culturales (y según los diferentes grupos de edad y género). Entre los estadounidenses de origen asiático, los estadounidenses de origen hispano y los estadounidenses de origen africano en los Estados Unidos, el trastorno de pánico se asocia con informes de discriminación étnica y racismo, después de tener en cuenta el efecto de los factores demográficos. Para el trastorno de pánico, las muestras de la comunidad estadounidense de blancos no latinos tienen un deterioro funcional significativamente menor que los afroamericanos. También hay tasas más altas de gravedad definida objetivamente en negros caribeños no latinos con trastorno de pánico, y tasas más bajas de trastorno de pánico en general tanto en afroamericanos como en negros caribeños, lo que sugiere que entre las muestras de la comunidad estadounidense de ascendencia africana, los criterios de trastorno de pánico pueden ser endosado solamente cuando hay una severidad y un deterioro sustanciales. La tasa de uso de los servicios de salud mental para el trastorno de pánico varía entre los grupos etnoraciales.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

La tasa de trastorno de pánico es casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. La recaída del trastorno de pánico también ocurre con más frecuencia en mujeres adultas que en hombres,

240

lo que sugiere que las mujeres tienen un curso de la enfermedad más inestable. Las diferencias de género en el curso clínico también se encuentran entre los adolescentes. El trastorno de pánico tiene un mayor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres que en hombres, lo que puede atribuirse a una mayor sensibilidad a la ansiedad entre algunas mujeres o una mayor comorbilidad con agorafobia y depresión.

Existe cierta evidencia de dimorfismo sexual, con una alta expresión de alelos MAOA-uVNTR que potencialmente actúan como un factor de riesgo específico para mujeres para el trastorno de pánico.

Marcadores de diagnóstico

Las personas con trastorno de pánico exhiben un sesgo de atención a los estímulos amenazantes. Los ataques de pánico pueden ser provocados por agentes con mecanismos de acción dispares, como el lactato de sodio, la cafeína, el isoproterenol, la yohimbina, el CO₂ y la colecistoquinina. Existe una sensibilidad variable en la relación entre el trastorno de pánico y la sensibilidad a estos agentes que provocan el pánico. Si bien ninguno de los datos sugiere una utilidad diagnóstica, los datos de sensibilidad a la estimulación respiratoria reflejan cierto nivel de especificidad para el trastorno de pánico y afecciones relacionadas, como el trastorno de ansiedad por separación. La hiperventilación inicial crónicamente más alta y la tasa de suspiros pueden ocurrir entre las personas con trastorno de pánico.

Sin embargo, ninguno de estos hallazgos de laboratorio se considera diagnóstico de trastorno de pánico.

Asociación con pensamientos o comportamiento suicida Los ataques de pánico y un diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos 12 meses están relacionados con una mayor tasa de comportamiento suicida y pensamientos suicidas en los últimos 12 meses, incluso cuando la comorbilidad y los antecedentes de abuso infantil y otros factores de riesgo de suicidio son considerados. Aproximadamente el 25% de los pacientes de atención primaria con trastorno de pánico reportan pensamientos suicidas. El trastorno de pánico puede aumentar el riesgo de futuras conductas suicidas, pero no de muerte.

Los datos de la encuesta epidemiológica de los síntomas de los ataques de pánico muestran que los síntomas cognitivos del pánico (p. ej., desrealización) pueden estar asociados con pensamientos suicidas, mientras que los síntomas físicos (p. ej., mareos, náuseas) pueden estar asociados con conductas suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno de pánico

El trastorno de pánico se asocia con altos niveles de discapacidad social, laboral y física; costos económicos considerables; y el mayor número de

visitas médicas entre los trastornos de ansiedad, aunque los efectos son más fuertes con la presencia de agorafobia. Las personas con trastorno de pánico pueden ausentarse con frecuencia del trabajo o la escuela para visitar al médico o a la sala de emergencias, lo que puede conducir al desempleo o al abandono escolar. En los adultos mayores, se puede observar un deterioro en las tareas de cuidado o en las actividades de voluntariado, y el trastorno de pánico se relaciona con una menor calidad de vida relacionada con la salud y una mayor recepción de servicios de urgencias. Los ataques de pánico de síntomas completos generalmente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., mayor utilización de la atención médica, más discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Solo ataques de pánico de síntomas limitados El trastorno de pánico no debe diagnosticarse si nunca se han experimentado ataques de pánico de síntomas completos (inesperados). En el caso de ataques de pánico inesperados de síntomas limitados, se debe considerar otro diagnóstico de trastorno de ansiedad especificado o trastorno de ansiedad no especificado.

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. El trastorno de pánico no se diagnostica si se considera que los ataques de pánico son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica. Ejemplos de condiciones médicas que pueden causar ataques de pánico incluyen hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunciones vestibulares, convulsiones

241

trastornos y afecciones cardiopulmonares (p. ej., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]). Las pruebas de laboratorio apropiadas (p. ej., niveles de calcio sérico para hiperparatiroidismo; monitor Holter para arritmias) o exámenes físicos (p. ej., para afecciones cardíacas) pueden ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica. Características como el inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida del conocimiento, pérdida del control de la vejiga o los intestinos, dificultad para hablar, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia puedan estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos Si el trastorno de pánico no se diagnostica si se considera que los ataques de pánico son una consecuencia fisiológica directa de una sustancia. La intoxicación con estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., cocaína, sustancias de tipo anfetamínico, cafeína) o cannabis y la abstinencia de depresores del sistema nervioso central (p. ej., alcohol, barbitúricos) pueden precipitar un ataque de pánico.

Sin embargo, si los ataques de pánico continúan ocurriendo fuera del contexto del uso de sustancias (p. ej., mucho después de que hayan terminado los efectos de la intoxicación o la abstinencia), se debe considerar un diagnóstico de trastorno de pánico. Además, debido a que el trastorno de pánico puede preceder al consumo de sustancias en algunos individuos y puede estar asociado con un mayor consumo de sustancias, especialmente con fines de automedicación, se debe realizar un historial detallado para determinar si el individuo tuvo ataques de pánico antes del consumo excesivo de sustancias. Si este es el caso, se debe considerar un diagnóstico de trastorno de pánico además de un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias. Características como el inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida del conocimiento, pérdida del control de la vejiga o los intestinos, dificultad para hablar, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia puedan estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Otros trastornos mentales con ataques de pánico como característica asociada (p. ej., otros trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos).

Se esperan ataques de pánico que ocurren como síntoma de otros trastornos de ansiedad (p. ej., desencadenados por situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social, por objetos o situaciones fóbicas en fobia específica o agorafobia, por preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, por separación del hogar o figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación) y, por lo tanto, no cumpliría los criterios para el trastorno de pánico. (**Nota:** a veces, un ataque de pánico inesperado se asocia con la aparición de otro trastorno de ansiedad, pero luego los ataques se vuelven esperados, mientras que el trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados recurrentes). Si los ataques de pánico ocurren solo en respuesta a desencadenantes específicos, entonces sólo se asigna el trastorno de ansiedad relevante. Sin embargo, si el individuo también experimenta ataques de pánico inesperados y muestra preocupación y preocupación persistentes o un cambio de comportamiento debido a los ataques, entonces se debe considerar un diagnóstico adicional de trastornos de ansiedad.

comorbilidad

El trastorno de pánico ocurre con poca frecuencia en entornos clínicos en ausencia de otra psicopatología. En la población general, el 80% de las personas con trastorno de pánico tenían un diagnóstico mental comórbido de por vida. La prevalencia del trastorno de pánico es elevada en individuos con otros trastornos, particularmente otros trastornos de ansiedad (y especialmente agorafobia), trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y bipolar II, y posiblemente trastorno leve por consumo de alcohol. Si bien el trastorno de pánico ocasionalmente tiene una edad de inicio más temprana que los trastornos comórbidos, el inicio a menudo ocurre después del trastorno comórbido y puede verse como un marcador de gravedad de la enfermedad comórbida.

Las tasas notificadas de comorbilidad a lo largo de la vida entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno de pánico varían ampliamente, oscilando entre el 10 % y el 65 % en personas con trastorno de pánico. En aproximadamente un tercio de las personas con ambos trastornos, la depresión precede al inicio del trastorno de pánico. En los dos tercios restantes, la depresión ocurre coincidiendo con o después del inicio del trastorno de pánico. Un subgrupo de personas con trastorno de pánico desarrolla una

242

trastorno relacionado con sustancias, que para algunos representa un intento de tratar su ansiedad con alcohol o medicamentos. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y el trastorno de ansiedad por enfermedad también es común.

El trastorno de pánico es significativamente comórbido con numerosos síntomas y condiciones médicas generales, que incluyen, entre otros, mareos, arritmias cardíacas, hipertiroidismo, asma, EPOC y síndrome del intestino irritable. Sin embargo, la naturaleza de la asociación (p. ej., causa y efecto) entre el trastorno de pánico y estas condiciones sigue sin estar clara. Aunque el prolapsio de la válvula mitral y la enfermedad tiroidea son más comunes entre las personas con trastorno de pánico que en la población general, los aumentos en la prevalencia no son constantes.

Especificador de ataque de pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y

no se puede codificar. Los ataques de pánico pueden ocurrir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, debe anotarse como un especificador (p. ej., "trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico"). Para el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico se incluye dentro de los criterios del trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como especificador.

Una oleada abrupta de miedo intenso o incomodidad intensa que alcanza su punto máximo en minutos y durante la cual ocurren cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

Nota: la oleada abrupta puede ocurrir a partir de un estado de calma o de un estado de ansiedad.

1. 1. Palpitaciones, palpitaciones o frecuencia cardíaca acelerada.
2. Sudoración.
3. Temblores o temblores.
4. Sensaciones de dificultad para respirar o asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o malestar en el pecho.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Sentirse mareado, inestable, aturrido o débil.
9. Escalofríos o sensaciones de calor.
10. Parestesias (sensaciones de entumecimiento u hormigueo).
11. Desrealización (sentimientos de irreabilidad) o despersonalización
(estar separado de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a "volverse loco".
13. Miedo a morir.

Nota: Es posible que se observen síntomas específicos de la cultura (p. ej., tinnitus, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llantos incontrolables).

Dichos síntomas no deben contar como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Características

La característica esencial de un ataque de pánico es una oleada abrupta de miedo intenso o incomodidad intensa que alcanza un pico en minutos y durante el cual ocurren 4 o más de 13 síntomas físicos y cognitivos. Once de estos 13 síntomas son físicos (p. ej., palpitaciones, sudoración), mientras que 2 son cognitivos (p. ej., miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir). “Miedo a volverse loco” es un coloquialismo que suelen utilizar las personas con ataques de pánico y no pretende ser un término peyorativo o diagnóstico. El término **dentro de minutos** significa que el tiempo para alcanzar la intensidad máxima es literalmente de solo unos minutos.

Un ataque de pánico puede surgir de un estado de calma o de un

243

el estado de ansiedad y el tiempo hasta la intensidad máxima deben evaluarse independientemente de cualquier ansiedad precedente. Es decir, el comienzo del ataque de pánico es el punto en el que hay un aumento abrupto de la incomodidad en lugar del punto en el que se desarrolla la ansiedad por primera vez. Del mismo modo, un ataque de pánico puede volver a un estado de ansiedad o de calma y posiblemente volver a alcanzar su punto máximo. Un ataque de pánico se distingue de la ansiedad continua por el tiempo que tarda en alcanzar su máxima intensidad, que ocurre en cuestión de minutos; su naturaleza discreta; y su típicamente mayor severidad. Los ataques que cumplen con todos los demás criterios pero tienen menos de cuatro síntomas físicos y/o cognitivos se denominan **ataques de síntomas limitados**.

Hay dos tipos característicos de ataques de pánico: esperados e inesperados. Los ataques de **pánico esperados** son ataques para los que existe una señal o desencadenante evidente, como situaciones en las que normalmente se han producido ataques de pánico. Los **ataques de pánico inesperados** son aquellos para los que no hay una señal o un desencadenante obvio en el momento en que ocurren (p. ej., cuando se está relajando o sin dormir [ataque de pánico nocturno]). La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados la hace el médico, quien hace este juicio basado en una combinación de preguntas cuidadosas sobre la secuencia de eventos que preceden o conducen al ataque y el propio juicio del individuo de si el ataque parecía ocurrir sin razón aparente.

Los ataques de pánico pueden ocurrir en el contexto de cualquier trastorno mental (p. ej., trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos alimentarios, trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, trastornos de personalidad,

trastornos psicóticos, trastornos por uso de sustancias) y algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales), y la mayoría de las presentaciones nunca cumplen los criterios para el trastorno de pánico. Se requieren ataques de pánico inesperados recurrentes para un diagnóstico de trastorno de pánico.

Funciones asociadas

Un tipo de ataque de pánico inesperado es un **ataque de pánico nocturno** (es decir, despertarse del sueño en un estado de pánico), que difiere del pánico después de despertarse completamente del sueño.

Predominio

En la población general, las estimaciones de prevalencia de 12 meses para los ataques de pánico en España y en los Estados Unidos oscilan entre el 9,5% y el 11,2% en adultos.

Las estimaciones de prevalencia de doce meses no parecen diferir significativamente entre los afroamericanos, los asiáticoamericanos y los latinos. Aproximadamente el 8,5% de los indios americanos reportan un historial de por vida de ataques de pánico.

Las tasas de prevalencia de por vida de los ataques de pánico en todo el país son del 13,2%. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los hombres, aunque esta diferencia de género es más pronunciada en el trastorno de pánico. Los ataques de pánico pueden ocurrir en niños, pero son relativamente raros hasta la pubertad, cuando aumentan las tasas de prevalencia. La prevalencia disminuye en las personas mayores, lo que posiblemente refleja la disminución de la gravedad a niveles subclínicos.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio de los ataques de pánico en los Estados Unidos es de aproximadamente 22 a 23 años entre los adultos. Sin embargo, el curso de los ataques de pánico probablemente esté influenciado por el curso de cualquier trastorno mental concurrente y eventos estresantes de la vida. Los ataques de pánico son poco comunes y los ataques de pánico inesperados son raros en niños preadolescentes. Los adolescentes pueden estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente sobre los ataques de pánico, aunque presenten episodios de miedo o incomodidad intensos. La menor prevalencia de ataques de pánico en personas mayores puede estar relacionada con una respuesta autonómica más débil a los estados emocionales en relación con las personas más jóvenes.

Las personas mayores pueden estar menos inclinadas a usar la palabra "miedo" y más

inclinado a usar la palabra "malestar" para describir los ataques de pánico. Las personas mayores con "sentimientos de pánico" pueden tener un híbrido de ataques de síntomas limitados y ansiedad generalizada. Además, las personas mayores tienden a atribuir los ataques de pánico a ciertas situaciones que son estresantes (p. ej., procedimientos médicos, entornos sociales) y pueden respaldar retrospectivamente las explicaciones del ataque de pánico incluso si fue inesperado en el momento. Esto puede dar lugar a una subestimación de los ataques de pánico inesperados en las personas mayores.

244

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La afectividad negativa (neuroticismo) (es decir, la propensión a experimentar emociones negativas), la sensibilidad a la ansiedad (es decir, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son dañinos), la inhibición del comportamiento y la evitación del daño son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico. Los antecedentes de "episodios de miedo" (es decir, ataques de síntomas limitados que no cumplen todos los criterios para un ataque de pánico) pueden ser un factor de riesgo para ataques de pánico posteriores.

Ambiental. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico. La mayoría de las personas reportan factores estresantes identificables en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., factores estresantes interpersonales y factores estresantes relacionados con el bienestar físico, como experiencias negativas con drogas ilícitas o recetadas, enfermedades o muerte en la familia). La separación de los padres, la crianza sobreprotectora y el rechazo de los padres son factores de riesgo para los ataques de pánico.

Genético y fisiológico. Las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que reportan bajas percepciones de control sobre la enfermedad y creencias negativas sobre las consecuencias de los ataques de disnea impredecibles tienen más probabilidades de tener síntomas de pánico.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Las interpretaciones culturales pueden influir en la determinación de los ataques de pánico como esperados o inesperados. Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., tinnitus, dolor de cuello, dolor de cabeza y gritos o llantos incontrolables); sin embargo, tales síntomas no deben contar como uno de los cuatro requeridos

síntomas. La frecuencia de cada uno de los 13 síntomas varía según la cultura (p. ej., tasas más altas de parestesias en los afroamericanos, de mareos en varios grupos asiáticos y de temblores en los blancos no latinos). Los conceptos culturales de angustia también influyen en la presentación transcultural de los ataques de pánico, lo que da como resultado diferentes perfiles de síntomas en diferentes grupos culturales. Los ejemplos incluyen ataques de *khyâl* (viento), un síndrome cultural camboyano que implica mareos, tinnitus y dolor de cuello; y *ataques de trûng gió* (relacionados con el viento), un síndrome cultural vietnamita asociado con dolores de cabeza. Los modelos explicativos culturales pueden aumentar la prominencia de síntomas de pánico específicos. Por ejemplo, las opiniones camboyanas tradicionales sobre la circulación anormal de *khyâl* en el cuerpo se asocian con la percepción de peligrosidad de algunos síntomas (p. ej., dolor de cuello), que pueden desencadenar cogniciones catastróficas y ataques de pánico. El ataque de *nervios* es un síndrome cultural entre los latinoamericanos que puede implicar temblores, gritos o llantos incontrolables, comportamiento agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, y que puede experimentarse durante más de unos pocos minutos. Algunas presentaciones clínicas de *ataque de nervios* cumplen los criterios para condiciones distintas al ataque de pánico (p. ej., otro trastorno disociativo especificado). Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados, ya que los síndromes culturales pueden crear miedo a ciertas situaciones, que van desde discusiones interpersonales (asociadas con ataques *de nervios*), hasta tipos de esfuerzo (asociados con ataques de *khyâl*), a viento atmosférico (asociado con ataques de *trûng gió*). La aclaración de los detalles de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico esperados e inesperados. Para obtener más información sobre los conceptos culturales de angustia, consulte el capítulo "Cultura y diagnóstico psiquiátrico" en la Sección III.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género Los ataques de pánico son más comunes en las mujeres que en los hombres. Entre los que reportan ataques de pánico, las mujeres son más propensas a respaldar los síntomas de dificultad para respirar y náuseas, pero menos propensas a respaldar la sudoración que hombres.

Marcadores de diagnóstico

Los registros fisiológicos de ataques de pánico que ocurren naturalmente en personas con trastorno de pánico indican aumentos repentinos de excitación, generalmente de la frecuencia cardíaca, que alcanzan un pico dentro de

245

minutos y desaparecen en minutos, y para una proporción de estos individuos el ataque de pánico puede estar precedido por inestabilidades cardiorrespiratorias. Los ataques de pánico se caracterizan por aumentos en la frecuencia cardíaca y el volumen corriente y una caída en la pCO₂.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Los ataques de pánico están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio y pensamientos suicidas, incluso cuando se tienen en cuenta la comorbilidad y otros factores de riesgo de suicidio.

Consecuencias funcionales de los ataques de pánico En el contexto de los trastornos mentales concurrentes, incluidos los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, el trastorno bipolar, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad, los ataques de pánico se asocian con una mayor gravedad de los síntomas, mayores tasas de comorbilidad, y peor respuesta al tratamiento. Los ataques de pánico recurrentes en particular se asocian con mayores probabilidades de muchos diagnósticos de salud mental. Además, los ataques de pánico más graves se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de pánico y una variedad de otras afecciones de salud mental, así como una mayor persistencia de la enfermedad mental y el deterioro del funcionamiento. Además, los ataques de pánico de síntomas completos generalmente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., mayor utilización de la atención médica, más discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Otros episodios paroxísticos (p. ej., “ataques de ira”) Los ataques de pánico no deben diagnosticarse si los episodios no implican la característica esencial de una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso, sino otros estados emocionales (p. ej., ira, pena).

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Las condiciones médicas que pueden causar o ser mal diagnosticadas como ataques de pánico incluyen hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunciones vestibulares, trastornos convulsivos y condiciones cardiopulmonares (p. ej., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Las pruebas de laboratorio apropiadas (p. ej., niveles de calcio sérico para hiperparatiroidismo; monitor Holter para arritmias) o exámenes físicos (p. ej., para afecciones cardíacas) pueden ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Intoxicación con central estimulantes del sistema nervioso (p. ej., cocaína, sustancias de tipo anfetamínico, cafeína) o cannabis y la abstinencia de depresores del sistema nervioso central (p. ej., alcohol, barbitúricos) pueden precipitar un ataque de pánico. Se debe tomar un historial detallado para determinar si el individuo tuvo ataques de pánico antes del uso excesivo de sustancias. Características como el inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida del conocimiento, pérdida del control de la vejiga o los intestinos, dificultad para hablar o amnesia) sugieren la posibilidad de que una afección médica o una sustancia puede estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de pánico. Se requieren ataques de pánico inesperados repetidos, pero no son suficientes para el diagnóstico de trastorno de pánico (es decir, se deben cumplir todos los criterios de diagnóstico para el trastorno de pánico).

comorbilidad

Los ataques de pánico se asocian con una mayor probabilidad de varios trastornos mentales comórbidos, incluidos los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por uso de sustancias. Los ataques de pánico se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar posteriormente trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastorno por consumo de alcohol y posiblemente otros trastornos.

Criterios de diagnóstico F40.00

A. Miedo o ansiedad marcados por dos (o más) de las siguientes cinco situaciones:

1. Usar el transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., estacionamientos, mercados, puentes).
3. Estar en lugares cerrados (por ejemplo, tiendas, teatros, cines).
4. Hacer fila o estar en una multitud.
5. Estar solo fuera de casa.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a pensamientos de que escapar podría ser difícil o que la ayuda podría no estar disponible en caso de desarrollar síntomas parecidos al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos (p. ej., miedo a caerse en los ancianos; miedo a incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan con miedo o ansiedad intensos.

E. El miedo o la ansiedad no guardan proporción con el peligro real que representan las situaciones agorafóbicas y con el contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general duraderos, durante 6 meses o más.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si hay otra afección médica (p. ej., enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación son claramente excesivos.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a una fobia específica, de tipo situacional; no involucren solo situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están relacionados exclusivamente con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o fallas percibidos en la apariencia física (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdos de eventos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en trastorno de ansiedad por separación).

Nota: La agorafobia se diagnostica independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación de un individuo cumple con los criterios de trastorno de pánico y agorafobia, se deben asignar ambos diagnósticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la agorafobia es el miedo o la ansiedad marcados desencadenados por la exposición real o anticipada a una amplia gama de situaciones (Criterio A). El diagnóstico requiere la aprobación de síntomas que ocurren en al menos dos de las siguientes cinco situaciones: 1) uso de transporte público, como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; 2) estar en espacios abiertos, como estacionamientos, mercados o puentes; 3) estar en espacios cerrados, como tiendas, teatros o cines; 4) hacer fila o estar en una multitud; o 5) estar solo fuera del hogar. Los ejemplos de cada situación no son exhaustivos; se pueden temer otras situaciones. Cuando experimentan miedo y ansiedad provocados por tales situaciones, las personas suelen experimentar pensamientos de que algo terrible podría suceder (Criterio B). Las personas con frecuencia creen que escapar de tales situaciones puede ser difícil (p. ej., "no puedo salir de aquí") o que la ayuda podría no estar disponible (p. ej., "no hay nadie que me ayude") cuando se presentan síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes. o se presentan síntomas vergonzosos. Los "síntomas similares al pánico" se refieren a cualquiera de los 13 síntomas incluidos en los criterios para un ataque de pánico, como mareos, desmayos y miedo a morir. "Otros síntomas incapacitantes o vergonzosos" incluyen

síntomas como vómitos y síntomas inflamatorios intestinales, así como, en adultos mayores, miedo a caerse o, en niños, sensación de desorientación y pérdida.

La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad a la situación temida y puede ocurrir en anticipación o en presencia real de la situación agorafóbica. Además, el miedo o la ansiedad pueden adoptar la forma de un ataque de pánico completo o de síntomas limitados (es decir, un ataque de pánico esperado). El miedo o la ansiedad se evocan casi cada vez que el individuo entra en contacto con la situación temida (Criterio C). Por lo tanto, una persona que se pone ansiosa sólo ocasionalmente en una situación agorafóbica (p. ej., se pone ansiosa cuando hace cola sólo en una de cada cinco ocasiones) no sería diagnosticada con agorafobia. El individuo evita activamente la situación, requiere la presencia de un acompañante o, si no puede o decide no evitarla, la situación le provoca miedo o ansiedad intensos (Criterio D). **Evitación activa** significa que el individuo se está comportando actualmente de manera intencionalmente diseñada para prevenir o minimizar el contacto con situaciones agorafóbicas. La evitación puede ser conductual (p. ej., cambiar las rutinas diarias, elegir un trabajo cercano para evitar usar el transporte público, organizar la entrega de alimentos para evitar ingresar a tiendas y supermercados) así como cognitiva (p. ej., usar la distracción para superar situaciones agorafóbicas) en la naturaleza. La evitación puede llegar a ser tan severa que el individuo está completamente confinado en su hogar. A menudo, un individuo es más capaz de enfrentar una situación temida cuando está acompañado por un acompañante, como una pareja, un amigo o un profesional de la salud. Además, el individuo puede emplear comportamientos de seguridad (p. ej., sentarse cerca de las salidas cuando toma el transporte público o va al cine) para soportar mejor tales situaciones.

El miedo, la ansiedad o la evitación deben ser desproporcionados con respecto al peligro real que representan las situaciones agorafóbicas y el contexto sociocultural (Criterio E). Diferenciar los temores agorafóbicos clínicamente significativos y desproporcionados de los temores razonables (p. ej., no querer salir de la casa durante una fuerte tormenta) o de situaciones que se consideran peligrosas (p. ej., caminar en un estacionamiento o usar el transporte público en un área de alta criminalidad) es importante por varias razones. Primero, lo que constituye evitación puede ser difícil de juzgar a través de culturas y contextos socioculturales (p.

es socioculturalmente apropiado que las mujeres musulmanas ortodoxas en ciertas partes del mundo eviten salir solas de la casa y, por lo tanto, dicha evitación no se consideraría indicativa de agorafobia). En segundo lugar, es probable que los adultos mayores atribuyan en exceso sus temores a las limitaciones relacionadas con la edad y es menos probable que juzguen sus temores como desproporcionados con respecto al riesgo real.

En tercer lugar, es probable que las personas con agorafobia sobreestimen el peligro en relación con el pánico u otros síntomas corporales. La agorafobia debe diagnosticarse solo si el miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes (Criterio F) y si causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio G). La duración de “típicamente dura 6 meses o más” pretende excluir a las personas con problemas transitorios de corta duración.

Funciones asociadas

En sus formas más severas, la agorafobia puede hacer que las personas queden completamente confinadas en sus hogares, incapaces de salir de su hogar y dependientes de otros para recibir servicios o asistencia para satisfacer incluso las necesidades básicas. Son frecuentes la desmoralización y los síntomas depresivos, así como el abuso de alcohol y medicación sedante como estrategias de automedicación inapropiadas.

Predominio

Cada año, aproximadamente entre el 1 % y el 1,7 % de los adolescentes y adultos de todo el mundo presentan síntomas que cumplen los criterios diagnósticos de agorafobia. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de experimentar agorafobia. La agorafobia puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia alcanza su punto máximo en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Los estudios han demostrado que la prevalencia de 12 meses en personas mayores de 65 años que viven en los Estados Unidos es del 0,4 % y del 0,5 % entre las personas mayores de 55 años en Europa y América del Norte.

Aproximadamente 0.2%–0.8% de

la población adulta en varios países tiene un diagnóstico de agorafobia de 12 meses de antigüedad sin trastorno de pánico.

Desarrollo y curso El porcentaje

de individuos con agorafobia que informan ataques de pánico o trastorno de pánico que preceden al inicio de la agorafobia oscila entre el 30 % en muestras comunitarias y más del 50 % en muestras clínicas.

En dos tercios de todos los casos de agorafobia, el inicio inicial es antes de los 35 años, con una edad media de inicio de 21 años, aunque la edad de inicio de la agorafobia sin ataques de pánico previos o trastorno de pánico es de 25 a 29 años. El primer inicio en la infancia es raro. Existe un riesgo de incidencia sustancial en la adolescencia y la edad adulta temprana, con indicaciones para una segunda fase de riesgo de alta incidencia después de los 40 años. Aproximadamente el 10% de los adultos mayores con agorafobia informaron que su primer episodio de agorafobia ocurrió después de los 65 años.

El curso de la agorafobia suele ser persistente y crónico. La remisión completa es rara (10%), a menos que se trate la agorafobia. Las personas con trastorno de pánico comórbido y agorafobia tienen más probabilidades de experimentar la recurrencia de los síntomas después de un período de remisión si tenían una edad de inicio más temprana (< 20 años). Con agorafobia más severa, las tasas de remisión completa disminuyen, mientras que las tasas de recaída y cronicidad aumentan.

Aproximadamente el 36% de las personas con agorafobia que logran la remisión finalmente experimentan una recaída. Una gama de otros trastornos, en particular otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la personalidad, pueden complicar el curso de la agorafobia. El curso a largo plazo y el resultado de la agorafobia están asociados con un riesgo sustancialmente elevado de trastorno depresivo mayor secundario, trastorno depresivo persistente y trastornos por uso de sustancias.

Las características clínicas de la agorafobia son relativamente constantes a lo largo de la vida, aunque el tipo de situaciones agorafóbicas que desencadenan miedo, ansiedad o evitación, así como el tipo de cogniciones, pueden variar. Por ejemplo, en los niños estar solos fuera de casa es la situación más temida, mientras que en los adultos mayores es más temida estar en tiendas, hacer cola y estar en espacios abiertos. Además, las cogniciones a menudo se relacionan con perderse (en niños), experimentar síntomas similares al pánico (en adultos), caer (en adultos mayores).

La aparente baja prevalencia de agorafobia en niños podría reflejar dificultades en la notificación de síntomas y, por lo tanto, en las evaluaciones en niños pequeños.

puede requerir la solicitud de información de múltiples fuentes, incluidos los padres o maestros. Los adolescentes, en particular los varones, pueden estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los miedos y la evitación agorafóbicos; sin embargo, la agorafobia puede ocurrir antes de la edad adulta y debe evaluarse en niños y adolescentes. En los adultos mayores, el trastorno de síntomas somáticos comórbidos, las complicaciones médicas y los trastornos motores (p. ej., una sensación de caída) son mencionados con frecuencia por los individuos como la razón de su miedo y evitación. En estos casos, se debe tener cuidado al evaluar si el miedo y la evitación son desproporcionados con respecto al peligro real involucrado.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La inhibición del comportamiento, la afectividad negativa (neuroticismo), la sensibilidad a la ansiedad y el rasgo de ansiedad están estrechamente asociados con la agorafobia, pero son relevantes para la mayoría de los trastornos de ansiedad (fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada). La sensibilidad a la ansiedad (la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) también es característica de las personas con agorafobia.

Ambiental. Los eventos negativos en la infancia (p. ej., separación, muerte de uno de los padres) y otros eventos estresantes, como ser atacado o asaltado, están asociados con el inicio de la agorafobia. Además, las personas con agorafobia describen el clima familiar y el comportamiento de crianza de los hijos como caracterizados por una menor calidez y una mayor sobreprotección.

249

Genético y fisiológico. La heredabilidad de la agorafobia es del 61%. De las diversas fobias, la agorafobia tiene la asociación más fuerte y específica con el factor genético que representa la propensión a las fobias.

Los antecedentes familiares de trastornos de ansiedad se asocian con una edad más temprana de inicio de la agorafobia (< 27 años), y los antecedentes familiares de trastorno de pánico en particular se asocian con la agorafobia.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las mujeres tienen diferentes patrones de trastornos comórbidos que los hombres. De acuerdo con las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos mentales, los hombres tienen

tasas más altas de trastornos comórbidos por uso de sustancias.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Aproximadamente el 15%

de las personas con agorafobia reportan pensamientos o conductas suicidas. Para las personas con trastorno de pánico, los síntomas de agorafobia pueden ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas.

Consecuencias funcionales de la agorafobia Como la mayoría de los

otros trastornos de ansiedad, la agorafobia se asocia con un deterioro y una discapacidad considerables en términos del funcionamiento de los roles, la productividad laboral y los días de incapacidad. La severidad de la agorafobia es un fuerte determinante del grado de discapacidad, independientemente de la presencia de trastorno de pánico comórbido, ataques de pánico y otras condiciones comórbidas.

Las personas con agorafobia pueden estar completamente confinadas en casa o incapaces de trabajar. Las personas con trastorno de pánico con agorafobia que tienen un inicio temprano (< 20 años) tienen menos probabilidades de casarse.

Diagnóstico diferencial

Fobia específica, tipo situacional.

Diferenciar la agorafobia de la fobia específica situacional puede ser un desafío en algunos casos, porque estas condiciones comparten varias características y criterios de síntomas. La fobia específica, de tipo situacional, debe diagnosticarse frente a la agorafobia si el miedo, la ansiedad o la evitación se limitan a una de las situaciones agorafóbicas. Requerir miedos de dos o más de las situaciones agorafóbicas es un medio sólido para diferenciar la agorafobia de las fobias específicas, particularmente el subtipo situacional. Otras características diferenciadoras incluyen el contenido de las cogniciones del individuo. Por lo tanto, si la situación se teme por razones distintas a los síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos (p. ej., temores de ser dañados directamente por la situación en sí, como el temor de que el avión se estrelle para las personas que temen volar), entonces un diagnóstico de fobia específica puede ser más apropiado.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se puede diferenciar mejor de la agorafobia examinando las cogniciones del individuo.

En el trastorno de ansiedad por separación, los pensamientos se refieren al desapego de

otras personas significativas y el entorno del hogar (es decir, los padres u otras figuras de apego), mientras que en la agorafobia la atención se centra en los síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos en las situaciones temidas.

Desorden de ansiedad social. La agorafobia debe diferenciarse del trastorno de ansiedad social basándose principalmente en los grupos situacionales que desencadenan el miedo, la ansiedad o la evitación y las cogniciones del individuo. En el trastorno de ansiedad social, la atención se centra en el miedo a ser evaluado negativamente.

Trastorno de pánico. Cuando se cumplen los criterios para el trastorno de pánico, no se debe diagnosticar agorafobia si las conductas de evitación asociadas con los ataques de pánico no se extienden a la evitación de dos o más situaciones agorafóbicas.

250

Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se pueden diferenciar de la agorafobia al examinar si el miedo, la ansiedad o la evitación están relacionados solo con situaciones que recuerdan al individuo un evento traumático. Si el miedo, la ansiedad o la evitación se limitan a los recuerdos del trauma, y si la conducta de evitación no se extiende a dos o más situaciones agorafóbicas, no se justifica el diagnóstico de agorafobia.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el individuo puede evitar salir de casa debido a la apatía, la pérdida de energía, la baja autoestima y la anhedonia. Si la evitación no está relacionada con temores de pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos, entonces no se debe diagnosticar agorafobia.

Evitación relacionada con otras condiciones médicas. Los individuos con ciertas condiciones médicas pueden evitar situaciones debido a preocupaciones realistas acerca de estar incapacitados (p. ej., desmayos en un individuo con ataques isquémicos transitorios) o vergüenza (p. ej., diarrea en un individuo con enfermedad de Crohn). El diagnóstico de agorafobia sólo debe darse cuando el miedo o la evitación exceden claramente de los que normalmente se asocian con estas afecciones médicas.

comorbilidad

Alrededor del 90% de las personas con agorafobia también tienen otros trastornos mentales. Los diagnósticos adicionales más frecuentes son otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor), TEPT y trastorno por consumo de alcohol. Mientras que otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, trastorno de pánico) con frecuencia preceden al inicio de la agorafobia, los trastornos depresivos y los trastornos por consumo de sustancias suelen ser secundarios a la agorafobia. En algunas personas, un trastorno por consumo de sustancias precede a la agorafobia. Los individuos con agorafobia concomitante y trastorno depresivo mayor tienden a tener un curso de agorafobia más resistente al tratamiento en comparación con los individuos con agorafobia sola.

Trastorno de ansiedad generalizada

Criterios de diagnóstico

F41.1

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren la mayoría de los días durante al menos 6 meses, sobre una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el desempeño escolar).
- B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días de los últimos 6 meses): **Nota:** solo se requiere un ítem en niños.
 - 1. Inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo.
 - 2. Cansarse fácilmente.
 - 3. Dificultad para concentrarse o la mente se queda en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.

6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar o permanecer dormido, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

251

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, evaluación negativa en el trastorno de ansiedad social, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en la ansiedad por separación) recordatorios de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, quejas físicas en el trastorno de síntomas somáticos, defectos de apariencia percibidos en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o desorden delirante).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectativa aprensiva) acerca de una serie de eventos o actividades. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y la preocupación no guarda proporción con la probabilidad real o el impacto del evento anticipado.

Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y evitar que los pensamientos preocupantes interfieran con la atención a las tareas que tiene entre manos. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan por las circunstancias de la vida cotidiana y rutinaria, como las posibles responsabilidades laborales, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos menores.

(por ejemplo, hacer las tareas del hogar o llegar tarde a las citas). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el foco de preocupación puede cambiar de una preocupación a otra.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y normalmente interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas y se perciben como más manejables y pueden posponerse cuando surgen asuntos más apremiantes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más generalizadas, pronunciadas y angustiosas; tener una duración más larga; y frecuentemente ocurren sin precipitantes.

Cuanto mayor sea el rango de circunstancias de la vida que preocupan a una persona (p. ej., finanzas, seguridad de los niños, desempeño laboral), más probable es que sus síntomas cumplan los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, es mucho menos probable que las preocupaciones cotidianas vayan acompañadas de síntomas físicos (p. ej., inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo). Las personas con trastorno de ansiedad generalizada informan malestar subjetivo como resultado de la preocupación constante y el deterioro relacionado en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La ansiedad y la preocupación van acompañadas de al menos tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o la mente se queda en blanco, irritabilidad, tensión muscular y sueño perturbado, aunque solo un síntoma adicional se requiere en los niños.

Funciones asociadas

Asociado con la tensión muscular, puede haber temblores, espasmos, sensación de temblor y dolores o molestias musculares. Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas, diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada. Los síntomas de hiperexcitación autonómica (p. ej., frecuencia cardíaca acelerada, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras condiciones que pueden estar asociadas

con estrés (p. ej., síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del trastorno de ansiedad generalizada es del 0,9 % entre los adolescentes y del 2,9 % entre los adultos en la comunidad general de los Estados Unidos. La media de 12 meses

252

la prevalencia del trastorno en todo el mundo es del 1,3%, con un rango de 0,2% a 4,3%. El riesgo mórbido de por vida en los Estados Unidos es del 9,0%. Las mujeres y las adolescentes tienen al menos el doble de probabilidades que los hombres y los adolescentes de sufrir un trastorno de ansiedad generalizada. La prevalencia de 12 meses en adultos mayores, incluidas personas de 75 años o más, oscila entre 2,8 % y 3,1 % en los Estados Unidos, Israel y países europeos.

Las personas de ascendencia europea tienden a tener síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada con más frecuencia que las personas de ascendencia asiática y africana. Además, las personas de países de ingresos altos tienen más probabilidades que las personas de países de ingresos bajos y medianos de informar que han experimentado síntomas que cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada en su vida.

Desarrollo y curso

Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada informan que se han sentido ansiosas y nerviosas toda su vida. La edad media de inicio del trastorno de ansiedad generalizada en América del Norte es de 35 años, más tarde que la de otros trastornos de ansiedad; el trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia. Sin embargo, la edad de inicio se distribuye en un rango muy amplio y tiende a ser mayor en los países de bajos ingresos de todo el mundo. Los síntomas de preocupación y ansiedad excesivas pueden ocurrir temprano en la vida, pero luego se manifiestan como un temperamento ansioso. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y aumentan y disminuyen a lo largo de la vida, fluctuando entre las formas sindrómica y subsíndromica del trastorno. El curso es más

persistente en los países de bajos ingresos, pero el deterioro tiende a ser mayor en los países de altos ingresos. Las tasas de remisión completa son muy bajas.

Cuento más temprano en la vida las personas tienen síntomas que cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada, más comorbilidad y deterioro tienden a tener. Los adultos más jóvenes experimentan una mayor gravedad de los síntomas que los adultos mayores.

La expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es relativamente constante a lo largo de la vida. La principal diferencia entre los grupos de edad está en el contenido de la preocupación del individuo; por lo tanto, el contenido de la preocupación de un individuo tiende a ser apropiado para su edad.

En niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, las ansiedades y preocupaciones a menudo se relacionan con la calidad de su desempeño o competencia en la escuela o en eventos deportivos, incluso cuando su desempeño no está siendo evaluado por otros. Puede haber preocupaciones excesivas sobre la puntualidad. También pueden preocuparse por eventos catastróficos, como terremotos o una guerra nuclear. Los niños con este trastorno pueden ser demasiado conformistas, perfeccionistas e inseguros de sí mismos y pueden tender a rehacer las tareas debido a una insatisfacción excesiva con un desempeño menos que perfecto. Pueden mostrarse demasiado entusiastas en la búsqueda de tranquilidad y aprobación y requieren demasiada tranquilidad sobre su desempeño y otras cosas que les preocupan.

En los ancianos, la aparición de enfermedades físicas crónicas puede ser un problema importante de preocupación excesiva. En los ancianos frágiles, las preocupaciones por la seguridad, y especialmente por las caídas, pueden limitar las actividades.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La inhibición del comportamiento, la afectividad negativa (neuroticismo), la evitación del daño, la dependencia de la recompensa y el sesgo de atención a la amenaza se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Ambiental. Las adversidades infantiles y las prácticas de crianza (p. ej., sobreprotección, sobrecontrol, refuerzo de la evitación) se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Genético y fisiológico. Un tercio del riesgo de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada es genético, y estos factores genéticos se superponen con el riesgo de

afectividad negativa (neuroticismo) y se comparten con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo mayor.

253

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Existe una variación cultural considerable en la expresión del trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, en algunos contextos culturales predominan los síntomas somáticos en la expresión del trastorno, mientras que en otros contextos culturales tienden a predominar los síntomas cognitivos. Esta diferencia puede ser más evidente en la presentación inicial que posteriormente, ya que se informan más síntomas con el tiempo. No hay información sobre si la propensión a preocuparse excesivamente está relacionada con los antecedentes culturales, aunque el tema por el que se preocupa puede ser culturalmente específico. Es importante considerar el contexto social y cultural al evaluar si las preocupaciones sobre ciertas situaciones son excesivas. En los Estados Unidos, la prevalencia más alta está asociada con la exposición al racismo y la discriminación étnica y, para algunos grupos etnoraciales, con haber nacido en los Estados Unidos.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

En entornos clínicos, el trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica algo más frecuentemente en mujeres que en hombres (alrededor del 55% al 60% de quienes presentan el trastorno son mujeres). En estudios epidemiológicos, aproximadamente dos tercios son mujeres. Las mujeres y los hombres que experimentan un trastorno de ansiedad generalizada parecen tener síntomas similares pero muestran diferentes patrones de comorbilidad consistentes con las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos. En las mujeres, la comorbilidad se limita en gran medida a los trastornos de ansiedad y la depresión unipolar, mientras que en los hombres es más probable que la comorbilidad se extienda también a los trastornos por consumo de sustancias.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas El trastorno

de ansiedad generalizada se asocia con un aumento de los pensamientos y comportamientos suicidas, incluso después de ajustar los trastornos comórbidos y los acontecimientos vitales estresantes. Los estudios de autopsia psicológica muestran que el trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más frecuente diagnosticado en los suicidas. Ambas cosas

El trastorno de ansiedad generalizada subumbral y umbral ocurrido en el último año puede estar asociado con pensamientos suicidas.

Consecuencias funcionales de la ansiedad generalizada Trastorno

La preocupación excesiva perjudica la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en el hogar o en el trabajo. La preocupación requiere tiempo y energía; los síntomas asociados de tensión muscular y sensación de nerviosismo o nerviosismo, cansancio, dificultad para concentrarse y trastornos del sueño contribuyen al deterioro. Es importante destacar que la preocupación excesiva puede afectar la capacidad de las personas con trastorno de ansiedad generalizada para fomentar la confianza en sus hijos.

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad y angustia significativas que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos no institucionalizados con el trastorno tienen una discapacidad de moderada a grave. El trastorno de ansiedad generalizada representa 110 millones de días de incapacidad por año en la población estadounidense. El trastorno de ansiedad generalizada también está relacionado con un menor rendimiento laboral, un mayor uso de recursos médicos y un mayor riesgo de morbilidad coronaria.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe asignarse si se considera que la ansiedad y la preocupación del individuo, con base en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o el examen físico, son un efecto fisiológico de otra afección médica específica (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo) .

254

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de que una sustancia o medicamento (p. ej., una droga de abuso, exposición a una toxina) se considera etiológicamente relacionado con la ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad severa que ocurre solo en el contexto del consumo excesivo de café se diagnosticaría como un trastorno de ansiedad inducido por la cafeína.

Desorden de ansiedad social. Las personas con trastorno de ansiedad social a menudo tienen ansiedad anticipatoria que se centra en las próximas situaciones sociales en las que deben actuar o ser evaluados por otros, mientras que las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan, ya sea que estén siendo evaluadas o no.

Trastorno de ansiedad por separación. Las personas con trastorno de ansiedad por separación se preocupan excesivamente solo por la separación de las figuras de apego, mientras que las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden preocuparse por la separación pero también presentan otras preocupaciones excesivas.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico que se desencadenan por la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada no calificarían para el trastorno de pánico. Sin embargo, si el individuo también experimenta ataques de pánico inesperados y muestra preocupación y preocupación persistentes o un cambio de comportamiento debido a los ataques, entonces se debe considerar un diagnóstico adicional de trastorno de pánico.

Trastorno de ansiedad por enfermedad y trastorno de síntomas somáticos. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan por múltiples eventos, situaciones o actividades, de las cuales solo una puede estar relacionada con su salud. Si el único temor del individuo es su propia enfermedad, entonces se debe diagnosticar el trastorno de ansiedad por enfermedad. La preocupación por centrarse en los síntomas somáticos es característica del trastorno de síntomas somáticos.

Desorden obsesivo compulsivo. Varias características distinguen la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada de los pensamientos obsesivos del trastorno obsesivo-compulsivo. En el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se centra en los problemas que se avecinan, y lo anormal es el exceso de preocupación por los acontecimientos futuros. En el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones son ideas inapropiadas que adoptan la forma de pensamientos, impulsos o imágenes intrusivos y no deseados.

Trastorno de estrés postraumático y trastornos de adaptación. La ansiedad está invariablemente presente en el trastorno de estrés postraumático. El trastorno de ansiedad generalizada no se diagnostica si la ansiedad y la preocupación se explican mejor por los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Aunque la ansiedad puede manifestarse en el trastorno de adaptación, esta categoría residual debe usarse solo cuando no se cumplen los criterios para ningún otro trastorno mental (incluido el trastorno de ansiedad generalizada). Además, en los trastornos de adaptación, la ansiedad ocurre en respuesta a un estresor identificable dentro de los 3 meses posteriores al inicio del estresor y no

no persistir por más de 6 meses después de la terminación del estresor o sus consecuencias.

Trastornos depresivos, bipolares y psicóticos. Aunque la ansiedad/preocupación generalizada es una característica asociada común de los trastornos depresivos, bipolares y psicóticos, el trastorno de ansiedad generalizada se puede diagnosticar de manera concomitante si la ansiedad/preocupación es lo suficientemente grave como para justificar la atención clínica.

Comorbilidad Las

personas cuya presentación cumple los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada probablemente hayan cumplido, o actualmente cumplan, los criterios para otros trastornos de ansiedad y depresivos unipolares. La afectividad negativa (neuroticismo) o labilidad emocional que sustenta este patrón de comorbilidad se asocia a antecedentes temperamentales y factores de riesgo genéticos y ambientales compartidos entre estos trastornos, aunque también son posibles vías independientes. La comorbilidad con trastornos por uso de sustancias, de conducta, psicóticos, neuroevolutivos y neurocognitivos es menos frecuente.

255

Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos Trastorno

Criterios de diagnóstico

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2):
 1. Los síntomas en el Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento .

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas del Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno de ansiedad que no es inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para los trastornos de ansiedad inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter de cuarta posición es "1" y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes del trastorno de ansiedad inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de sustancias"). trastorno por consumo de cocaína con trastorno de ansiedad inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o severo por uso de sustanci

comorbilidad con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]", dependiendo de la gravedad del consumo de sustancias comórbido trastorno. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después de un uso intenso de la sustancia por única vez), entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el trastorno de ansiedad inducido por la sustancia.

256

CIE-10-CM

	Con trastorno por consumo leve	con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Alcohol	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	ESE	ESE	F15.980
Canabis	F12.180	F12.280	12.980 F
fenciclidina	F16.180	F16.280	16.980 F
Otro alucinógeno	F16.180	F16.280	16.980 F
Inhalador	F18.180	F18.280	F18.980
opioide	F11.188	F11.288	F11.988
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.180	F13.280	F13.980
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	F14.180	F14.280	F14.980
Otra sustancia (o desconocida)	F19.180	F19.280	F19.980

Especifique (vea [la Tabla 1](#) en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia dada; o **especifique** “con inicio después del uso del medicamento ”): **Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de la medicación: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la suspensión de la medicación.

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que causa los síntomas de ansiedad. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de droga y la presencia o ausencia de un trastorno por consumo de sustancias comórbido. Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se debe utilizar el código de "otra sustancia (o desconocida)"; y en los casos en que se juzgue que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se debe usar el mismo código.

Para registrar el nombre del trastorno, se enumera primero el trastorno por consumo de sustancias comórbido (si lo hay), seguido de "trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos" (incorporando el nombre de la sustancia/medicamento etiológico específico), seguido de la especificación de inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del uso del medicamento). Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad que ocurren durante la abstinencia en un hombre con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.280 trastorno grave por consumo de lorazepam con trastorno de ansiedad inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno grave por consumo de lorazepam comórbido. Si el trastorno de ansiedad inducido por sustancias ocurre sin un trastorno concomitante por consumo de sustancias (p. ej., después de una única

consumo intenso de la sustancia), no se observa ningún trastorno por consumo de sustancias acompañante (p. ej., F16.980 trastorno de ansiedad inducido por psilocibina, que comienza durante la intoxicación). Cuando se juzga que más de una sustancia juega un papel significativo

papel en el desarrollo de los síntomas de ansiedad, cada uno debe enumerarse por separado (p. ej., F15.280 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; F19.980 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del uso de medicación) .

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos son síntomas destacados de pánico o ansiedad (Criterio A) que se considera que se deben a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina). exposición). Los síntomas de pánico o ansiedad deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (Criterio B2). El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito para un trastorno mental u otra afección médica debe comenzar mientras la persona recibe el medicamento (o durante la abstinencia, si la abstinencia está asociada con el medicamento). Una vez que se interrumpe el tratamiento, los síntomas de pánico o ansiedad generalmente mejorarán o remitirán en días, varias semanas o un mes (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y la presencia de abstinencia). El diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos no se debe dar si el inicio de los síntomas de pánico o ansiedad precede a la intoxicación o abstinencia de sustancias/medicamentos, o si los síntomas persisten durante un período de tiempo considerable (es decir, generalmente más de 1 año). mes) desde el momento de la intoxicación severa o abstinencia. Si los síntomas de pánico o ansiedad persisten durante períodos de tiempo considerables, se deben considerar otras causas de los síntomas.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A son predominantes en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Funciones asociadas

El pánico o la ansiedad pueden ocurrir en asociación con la intoxicación con las siguientes clases de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, otros alucinógenos, inhalantes, estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias (o desconocidas). El pánico o la ansiedad pueden ocurrir en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol; opioides; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); y otras sustancias (o desconocidas). Algunos medicamentos que provocan síntomas de ansiedad incluyen anestésicos y analgésicos, simpaticomiméticos u otros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparaciones para la tiroideas, anticonceptivos orales, medicamentos antiparkinsonianos, corticosteroides, medicamentos antihipertensivos y cardiovasculares, anticonvulsivantes, sonido de ~~medicamentos antidepresivos y psicóticos~~, y otras toxinas (p. ej., insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono, CO₂, sustancias volátiles como la gasolina y la pintura) también pueden causar síntomas de pánico o ansiedad.

Predominio

La prevalencia del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos no está clara. Los datos de la población general sugieren que puede ser raro, con una prevalencia de 12 meses en los Estados Unidos de aproximadamente 0,002 %. Sin embargo, en poblaciones clínicas, es probable que la prevalencia sea mayor.

Marcadores de diagnóstico

Las evaluaciones de laboratorio (p. ej., toxicología de la orina) pueden ser útiles para medir la intoxicación por sustancias como parte de una evaluación del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.

258

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias. Ansiedad los síntomas ocurren comúnmente en la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias. El diagnóstico de intoxicación por sustancias específicas o de abstinencia por sustancias específicas suele ser suficiente para categorizar la presentación de los síntomas. A

el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, ya sea con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas de pánico o ansiedad son predominantes en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica. Por ejemplo, los síntomas de pánico o ansiedad son característicos de la abstinencia de alcohol.

Trastorno de ansiedad independiente (es decir, no inducido por una sustancia/medicamento).

El trastorno de ansiedad independiente que coexiste con el uso de sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos por el hecho de que, aunque una sustancia/medicamento se puede tomar en cantidades lo suficientemente altas como para estar posiblemente relacionado etiológicamente con los síntomas de ansiedad, la los síntomas de ansiedad se observan en momentos que no son durante el uso de sustancias/medicamentos (es decir, antes del inicio del uso de sustancias/medicamentos o que persisten durante un período de tiempo considerable después de la intoxicación por sustancias, la abstinencia de sustancias o el uso de medicamentos) y justificarían el diagnóstico de una Trastorno de ansiedad independiente.

Delirio. Si los síntomas de pánico o ansiedad ocurren exclusivamente durante el curso del delirio, se consideran una característica asociada del delirio y no se diagnostican por separado.

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Si los síntomas de pánico o ansiedad se atribuyen a las consecuencias fisiológicas de otra afección médica (es decir, en lugar de a la medicación que se toma para la afección médica), se debe diagnosticar un trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. La historia a menudo proporciona la base para tal juicio. A veces, puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la otra afección médica (p. ej., sustitución o interrupción del medicamento) para determinar si el medicamento es el agente causal (en cuyo caso, los síntomas pueden explicarse mejor por la ansiedad inducida por la sustancia o el medicamento). trastorno).

Si el trastorno es atribuible tanto a otra afección médica como al consumo de sustancias, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay evidencia suficiente para determinar si los síntomas de pánico o ansiedad son atribuibles a una sustancia/medicamento o a otra condición médica o son primarios (es decir, no atribuibles a un

sustancia u otra afección médica), estaría indicado un diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.

Trastorno de ansiedad debido a otro médico Condición

Criterios de diagnóstico

F06.4

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La perturbación no se explica mejor por otra mental trastorno.
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica dentro del nombre del trastorno mental (p. ej., F06.4 trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma). El otro

259

la afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica (p. ej., D35.00 feocromocitoma; F06.4 trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma).

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es la ansiedad clínicamente significativa que se considera que se explica mejor como un efecto fisiológico de otra afección médica. Los síntomas pueden incluir síntomas de ansiedad prominentes o ataques de pánico (Criterio A). El juicio de que los síntomas se explican mejor por la condición física asociada debe basarse en la evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio (Criterio B). Además, debe juzgarse que los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio C), en particular, el trastorno de adaptación con ansiedad, en el que el factor estresante es la afección médica. En este caso, un individuo con trastorno de adaptación está especialmente angustiado por el significado o las consecuencias de la condición médica asociada. Por el contrario, a menudo hay un componente físico destacado en la ansiedad (p. ej., dificultad para respirar) cuando la ansiedad se debe a otra afección médica. No se establece el diagnóstico si los síntomas de ansiedad aparecen únicamente durante el curso de un delirio (Criterio D). Los síntomas de ansiedad deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E).

Para determinar si los síntomas de ansiedad son atribuibles a otra condición médica, el médico primero debe establecer la presencia de la condición médica. Además, debe establecerse que los síntomas de ansiedad pueden estar etiológicamente relacionados con la condición médica a través de un mecanismo fisiológico antes de emitir un juicio de que esta es la mejor explicación para los síntomas en un individuo específico. Es necesaria una evaluación cuidadosa y exhaustiva de múltiples factores para hacer este juicio. Se deben considerar varios aspectos de la presentación clínica: 1) la presencia de una clara asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la condición médica y los síntomas de ansiedad; 2) la presencia de características atípicas de un trastorno de ansiedad independiente (p. ej., edad de inicio o evolución atípica); y 3) evidencia en la literatura de que un mecanismo fisiológico conocido (p. ej., hipertiroidismo) causa ansiedad. Además, la alteración no debe explicarse mejor por un trastorno de ansiedad independiente, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos u otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación).

Se sabe que una serie de condiciones médicas incluyen la ansiedad como manifestación sintomática. Los ejemplos incluyen enfermedades endocrinas (p. ej.,

hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadrenocortisolismo), trastornos cardiovasculares (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmia como fibrilación auricular), enfermedades respiratorias (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, neumonía), alteraciones metabólicas (p. ej., vitamina B12 deficiencia, porfiria) y enfermedades neurológicas (p. ej., neoplasias, disfunción vestibular, encefalitis, trastornos convulsivos).

Predominio

La prevalencia del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica no está clara. Parece haber una prevalencia elevada de trastornos de ansiedad entre individuos con una variedad de condiciones médicas, incluyendo asma, hipertensión, úlcera y artritis. Sin embargo, este aumento de la prevalencia puede deberse a razones distintas al trastorno de ansiedad que causa directamente la afección médica.

Desarrollo y curso

El desarrollo y curso del trastorno de ansiedad debido a otra condición médica generalmente sigue el curso de la enfermedad subyacente. Este diagnóstico no pretende incluir los trastornos de ansiedad primarios que surgen en el contexto de una enfermedad médica crónica. Esto es

260

Es importante tenerlo en cuenta con los adultos mayores, que pueden experimentar una enfermedad médica crónica y luego desarrollar trastornos de ansiedad independientes secundarios a la enfermedad médica crónica.

Marcadores de diagnóstico

Las evaluaciones de laboratorio y/o los exámenes médicos son necesarios para confirmar el diagnóstico de la afección médica asociada.

Diagnóstico diferencial

Delirio y trastorno neurocognitivo mayor o leve.

No se da un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad debido a otra condición médica si el trastorno de ansiedad ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, se puede dar un diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve si se considera que la ansiedad es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si la ansiedad es un factor prominente. parte de la presentación clínica.

Presentación mixta de síntomas (p. ej., estado de ánimo y ansiedad). Si la presentación incluye una combinación de diferentes tipos de síntomas, el trastorno mental específico debido a otra afección médica depende de qué síntomas predominen en el cuadro clínico.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos Si hay evidencia de uso reciente o prolongado de sustancias (incluidos medicamentos con efectos psicoactivos), abstinencia de una sustancia o exposición a una toxina, se debe considerar un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.

Se sabe que ciertos medicamentos aumentan la ansiedad (p. ej., corticosteroides, estrógenos, metoclopramida), y cuando este es el caso, el medicamento puede ser la etiología más probable, aunque puede ser difícil distinguir si la ansiedad es atribuible a los medicamentos o a la propia enfermedad médica. Cuando se realiza un diagnóstico de ansiedad inducida por sustancias en relación con drogas recreativas o no recetadas, puede ser útil obtener una prueba de detección de drogas en orina o sangre u otra evaluación de laboratorio adecuada.

Los síntomas que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después del uso de medicamentos pueden ser especialmente indicativos de un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, según el tipo, la duración o la cantidad de la sustancia utilizada. Si el trastorno está asociado tanto con otra afección médica como con el uso de sustancias, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Características como el inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida del conocimiento, pérdida del control de la vejiga o los intestinos, dificultad para hablar, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia puedan estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de ansiedad (no debido a una condición médica conocida).

El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse de otros trastornos de ansiedad (especialmente el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada). En otros trastornos de ansiedad, no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con otra afección médica. La edad de inicio tardía, los síntomas atípicos y la ausencia de antecedentes personales o familiares de trastornos de ansiedad sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Los trastornos de ansiedad pueden exacerbar o presentar un mayor riesgo de afecciones médicas como eventos cardiovasculares e infarto de miocardio y, en estos casos, no deben diagnosticarse como un trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse del trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por preocupación por la enfermedad, preocupación por el dolor y preocupaciones corporales. En el caso del trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas pueden o no tener condiciones médicas diagnosticadas. Aunque

261

es probable que un individuo con trastorno de ansiedad por enfermedad y una condición médica diagnosticada experimente ansiedad por la condición médica, la condición médica no está fisiológicamente relacionada con los síntomas de ansiedad.

Trastornos de adaptación. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse de los trastornos de adaptación con ansiedad o de los trastornos de adaptación con ansiedad y estado de ánimo depresivo. El trastorno de adaptación está justificado cuando las personas experimentan una respuesta desadaptativa al estrés de ser diagnosticados o tener que manejar la afección médica. La reacción al estrés generalmente se relaciona con el significado o las consecuencias de la condición médica, en contraste con la experiencia de ansiedad o síntomas del estado de ánimo que ocurren como consecuencia fisiológica de la condición médica. En el trastorno de adaptación, los síntomas de ansiedad suelen estar relacionados con el manejo del estrés de tener la afección médica, mientras que en el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, es más probable que las personas presenten síntomas físicos prominentes y se concentren en cuestiones distintas al estrés de la enfermedad misma.

Otro trastorno de ansiedad especificado

F41.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de ansiedad. , y no cumplen los criterios para el trastorno de adaptación con ansiedad o el trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de ansiedad especificado" seguido de la razón específica (p. ej., "ansiedad generalizada que ocurre con menos frecuencia que 'más días que no'").

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes: 1. **Ataques de síntomas limitados.**

2. **Ansiedad generalizada que ocurre con menos frecuencia que "más días que no."**
3. **Gorra Khyâl (ataques de viento):** Ver "Cultivo y Diagnóstico Psiquiátrico" en la Sección III.
4. **Ataque de nervios :** Ver "Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico" en la Sección III.

Trastorno de ansiedad no especificado

F41.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de ansiedad. , y no cumplen los criterios para el trastorno de adaptación con ansiedad o el trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. La categoría de trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno de ansiedad específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en emergencias). configuración de la habitación).

Obsesivo-Compulsivo y Relacionados Trastornos

Los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acaparamiento, la tricotilomanía (trastorno por arrancarse el cabello), el trastorno por excoriación (pellizcarse la piel), ~~estomatofagia/obsesión por vomitar y trastorno de la ingesta de agua excesiva~~ otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y relacionado (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse las mejillas, celos obsesivos, trastorno de referencia olfativo [síndrome de referencia olfativo]), y trastorno obsesivo-compulsivo y no especificado trastorno relacionado.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las **obsesiones** son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos e indeseados, mientras que **las compulsiones** son comportamientos repetitivos o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse con rigidez. Algunos otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados también se caracterizan por preocupaciones y por comportamientos repetitivos o actos mentales en respuesta a las preocupaciones. Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados se caracterizan principalmente por conductas repetitivas recurrentes centradas en el cuerpo (p. ej., tirar del cabello, pellizcar la piel) e intentos repetidos de disminuir o detener las conductas.

La inclusión de un capítulo sobre trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados en el DSM-5 refleja la creciente evidencia de la relación de estos trastornos entre sí en términos de una gama de validadores de diagnóstico, así como la utilidad clínica de agrupar estos trastornos en el mismo capítulo. . Se alienta a los médicos a evaluar estas condiciones en las personas que presentan una de ellas y ser conscientes de las superposiciones entre estas condiciones.

Al mismo tiempo, existen diferencias importantes en los validadores de diagnóstico y enfoques de tratamiento entre estos trastornos. Además, existen relaciones estrechas entre los trastornos de ansiedad y algunos de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (p. ej., TOC), lo que se refleja en la secuencia de los capítulos del DSM-5, con trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados después de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados difieren de las preocupaciones y rituales normativos del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos apropiados para el desarrollo. La distinción entre la presencia de síntomas subclínicos y un trastorno clínico requiere la evaluación de una serie de factores, incluido el nivel de angustia y el deterioro del funcionamiento del individuo.

El capítulo comienza con TOC. Luego cubre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de acaparamiento, que se caracterizan por síntomas cognitivos como la percepción de defectos o imperfecciones en la apariencia física o la percepción de la necesidad de guardar posesiones, respectivamente. Luego, el capítulo cubre la tricotilomanía y el trastorno de excoriación, que se caracterizan por conductas repetitivas recurrentes centradas en el cuerpo. Por último, cubre el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica, otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado y el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado no especificado.

264

Si bien el contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos, ciertas dimensiones de los síntomas son comunes en el TOC, incluidas las de limpieza (obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza); simetría (obsesiones de simetría y compulsiones de repetir, ordenar y contar); pensamientos prohibidos o tabú (p. ej., obsesiones agresivas, sexuales y religiosas y compulsiones relacionadas); y daño (p. ej., temores de daño a sí mismo oa otros y compulsiones de control relacionadas). El especificador de TOC relacionado con los tics se usa cuando una persona tiene antecedentes actuales o pasados de un trastorno de tics.

El trastorno dismórfico corporal se caracteriza por la preocupación por uno o más defectos percibidos o imperfecciones en la apariencia física que no son

observable o parecer leve a los demás, y por comportamientos repetitivos (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, rascarse la piel o buscar tranquilidad) o actos mentales (p. ej., comparar la apariencia propia con la de otras personas) en respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia. Las preocupaciones por la apariencia no se explican mejor por la preocupación por la grasa corporal o el peso en un individuo con un trastorno alimentario. La dismorfia muscular es una forma de trastorno dismórfico corporal que se caracteriza por la creencia de que la estructura corporal de uno es demasiado pequeña o no tiene suficiente musculatura.

El trastorno de acumulación se caracteriza por una dificultad persistente para desechar o separarse de posesiones, independientemente de su valor real, como resultado de una fuerte necesidad percibida de guardar los artículos y la angustia asociada con desecharlos. El trastorno de acumulación difiere del colecciónismo normal. Por ejemplo, los síntomas del trastorno de acumulación dan como resultado la acumulación de una gran cantidad de posesiones que congestionan y abarrotan las áreas de vida activa hasta el punto de que su uso previsto se ve sustancialmente comprometido. La forma de adquisición excesiva del trastorno de acumulación, que caracteriza a la mayoría pero no a todas las personas con trastorno de acumulación, consiste en colecionar, comprar o robar en exceso artículos que no se necesitan o para los que no hay espacio disponible.

La tricotilomanía se caracteriza por arrancarse el cabello de forma recurrente y provocar la caída del cabello, y los intentos repetidos de disminuir o detener el arranque del cabello. El trastorno de excoriación se caracteriza por el rascado recurrente de la piel que produce lesiones en la piel y los intentos repetidos de disminuir o detener el rascado de la piel. Los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo que caracterizan a estos dos trastornos no son provocados por obsesiones o preocupaciones; sin embargo, pueden estar precedidos o acompañados de diversos estados emocionales, como sentimientos de ansiedad o aburrimiento. También pueden estar precedidos por una creciente sensación de tensión o pueden conducir a la gratificación, el placer o una sensación de alivio cuando se arranca el cabello o se pellizca la piel. Las personas con estos trastornos pueden tener diversos grados de conciencia de la conducta mientras se involucran en ella, mostrando algunas personas una atención más enfocada en la conducta (con tensión previa y alivio subsiguiente) y otras personas mostrando una conducta más automática (con las conductas que parecen ocurrir sin plena conciencia).

El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos consiste en síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo

y trastornos relacionados desarrollados en el contexto de intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento.

El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica implica síntomas característicos de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados que son la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

Otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse las mejillas, celos obsesivos, trastorno de referencia olfativo [síndrome de referencia olfativo]) y el trastorno obsesivo compulsivo y relacionado no especificado consisten en síntomas que causan malestar clínicamente significativo o deterioro que no cumplen los criterios para un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado específico en el DSM-5 debido a una presentación atípica o una etiología incierta. Estas categorías también se utilizan para otros síndromes específicos que no se enumeran en la Sección II y cuando no se dispone de información suficiente para diagnosticar la presentación como otro trastorno obsesivo compulsivo y relacionado.

Los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados que tienen un componente cognitivo (es decir, TOC, trastorno dismórfico corporal y trastorno de acumulación) incluyen un especificador para

265

indicando el grado de introspección del individuo con respecto a las creencias relacionadas con el trastorno, que va desde “información buena o aceptable” hasta “información deficiente” y “información ausente/creencias delirantes”. Aquellos individuos cuyo grado de introspección está en el rango de “introspección ausente/creencias delirantes” no deben recibir un diagnóstico adicional de un trastorno psicótico a menos que sus creencias delirantes impliquen un contenido que se extienda más allá de lo que es característico de su trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado (por ejemplo, , un individuo con trastorno dismórfico corporal que está convencido de que su comida ha sido envenenada).

Desorden obsesivo compulsivo

Criterios de diagnóstico

F42.2

- A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se definen por (1) y (2): 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante la perturbación, como intrusivos y no deseados. y que en la mayoría de los individuos causa marcada ansiedad o angustia.
2. El individuo intenta ignorar o suprimir dichos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2): 1.

Comportamientos repetitivos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, verificar) o actos mentales (p. ej., orar, contar, repetir palabras en silencio) que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que deben aplicarse con rigidez.

2. Las conductas o actos mentales estén encaminados a prevenir o reducir la ansiedad o angustia, o prevenir algún evento o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de manera realista con lo que están diseñados para neutralizar o prevenir, o son claramente excesivos.

Nota: Es posible que los niños pequeños no puedan articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

- B. Las obsesiones o compulsiones consumen mucho tiempo (p. ej., toman más de 1 hora por día) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de

abuso, un medicamento) u otra condición médica.

D. El trastorno no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por la apariencia, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad para desechar o separarse de las posesiones, como en el trastorno por acaparamiento; tirar, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno del movimiento estereotípico; conducta alimentaria ritualizada, como en los trastornos alimentarios; preocupación por sustancias o juegos de azar, como en trastornos adictivos y relacionados con sustancias; preocupación por tener una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; cavilaciones culpables, como en la depresión mayor trastorno; inserción del pensamiento o preocupaciones delirantes, como en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones repetitivos de comportamiento, como en el autismo trastorno del espectro m).

266

Especifique

si: **Con una percepción buena o regular:** el individuo reconoce que las creencias sobre el trastorno obsesivo-compulsivo definitivamente o probablemente no son verdaderas o que pueden o no serlo.

Con introspección deficiente: el individuo piensa que las creencias sobre el trastorno obsesivo compulsivo probablemente sean ciertas.

Con introspección ausente/creencias delirantes: el individuo está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son verdaderas.

Especifique

si: **Relacionado con tics:** la persona tiene antecedentes actuales o pasados de un trastorno de tics.

Especificadores

Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) varían en el grado de percepción que tienen sobre la exactitud de las creencias que subyacen a sus síntomas obsesivo-compulsivos. Muchas personas tienen **una idea buena o regular** (p. ej., la persona cree que la casa definitivamente no se quemará, probablemente no se quemará o no se quemará si la estufa no se revisa 30 veces). Algunos tienen **poca percepción** (p. ej., el individuo cree que la casa probablemente se incendiará si la estufa no se revisa 30 veces), y unos pocos (4% o menos) tienen **ausencia de percepción/creencias delirantes** (p. ej., el individuo está convencido de que la casa se quemará si la estufa no se revisa 30 veces). La percepción puede variar dentro de un individuo a lo largo de la enfermedad.

Una percepción más deficiente se ha relacionado con un peor resultado a largo plazo.

Hasta el 30% de las personas con TOC tienen un trastorno de tics de por vida. Esto es más común en hombres con inicio de TOC en la infancia. Estos individuos tienden a diferir de aquellos sin antecedentes de trastornos de tics en los temas de sus síntomas de TOC, comorbilidad, curso y patrón de transmisión familiar.

Características diagnósticas

Los síntomas característicos del TOC son la presencia de obsesiones y compulsiones (Criterio A). Las **obsesiones** son pensamientos repetitivos y persistentes (p. ej., de contaminación), imágenes (p. ej., de escenas violentas u horribles) o impulsos (p. ej., de apuñalar a alguien). Es importante destacar que las obsesiones no son placenteras ni se experimentan como voluntarias: son intrusivas e indeseadas y provocan un marcado malestar o ansiedad en la mayoría de las personas. El individuo intenta ignorar o suprimir estas obsesiones (p. ej., evitar los desencadenantes o utilizar la supresión de pensamientos) o neutralizarlas con otro pensamiento o acción (p. ej., realizar una compulsión). Las **compulsiones** (o rituales) son comportamientos repetitivos (p. ej., lavar, revisar) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras en silencio) que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse con rigidez. La mayoría de las personas con TOC tienen obsesiones y compulsiones. Las obsesiones y las compulsiones suelen estar relacionadas temáticamente (p. ej., pensamientos de contaminación asociados con rituales de lavado; pensamientos de daño asociados con controles repetidos). Las personas a menudo informan que realizan

compulsiones para reducir la angustia provocada por las obsesiones o para prevenir un evento temido (p. ej., enfermarse). Sin embargo, estas compulsiones no están conectadas de manera realista con el evento temido (p. ej., colocar los elementos simétricamente para evitar dañar a un ser querido) o son claramente excesivas (p. ej., ducharse durante horas todos los días). Las compulsiones no se realizan por placer, aunque las personas pueden experimentar un alivio temporal de la ansiedad o la angustia.

El contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos. Sin embargo, ciertos temas o dimensiones son comunes, incluidos los de limpieza (obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza); simetría (obsesiones de simetría y compulsiones de repetir, ordenar y contar); pensamientos prohibidos o tabú (p. ej., obsesiones agresivas, sexuales o religiosas y compulsiones relacionadas); y daño (p. ej., temores de hacerse daño a sí mismo o a otros y controlar las compulsiones). Algunas personas también tienen dificultades para desechar y acumular objetos como consecuencia de las típicas obsesiones y

267

compulsiones (p. ej., temores de dañar a otros); tales compulsiones deben distinguirse de las conductas de acumulación primarias que se observan en el trastorno de acumulación, que se analizan más adelante en este capítulo. Estos temas ocurren en diferentes culturas, son relativamente consistentes a lo largo del tiempo en adultos con el trastorno y pueden estar asociados con diferentes sustratos neurales. Es importante destacar que las personas a menudo tienen síntomas en más de una dimensión.

El criterio B enfatiza que las obsesiones y las compulsiones deben consumir mucho tiempo (p. ej., más de 1 hora por día) o causar malestar o deterioro clínicamente significativos para justificar un diagnóstico de TOC. Este criterio ayuda a distinguir el trastorno de los pensamientos intrusivos ocasionales o los comportamientos repetitivos que son comunes en la población general (p. ej., verificar dos veces que una puerta esté cerrada con llave). La frecuencia y la gravedad de las obsesiones y las compulsiones varían entre los individuos con TOC (p. ej., algunos tienen síntomas de leves a moderados, pasan de 1 a 3 horas al día obsesionándose o teniendo compulsiones, mientras que otros tienen pensamientos intrusivos o compulsiones casi constantes que pueden ser incapacitantes).

Funciones asociadas

Los fenómenos sensoriales, definidos como experiencias físicas (p. ej., sensaciones físicas, sensaciones correctas y sentimientos de incompletitud) que preceden a las compulsiones, son comunes en el TOC. Hasta el 60% de las personas con TOC reportan estos fenómenos.

Las personas con TOC experimentan una variedad de respuestas afectivas cuando se enfrentan a situaciones que desencadenan obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, muchas personas experimentan una marcada ansiedad que puede incluir ataques de pánico recurrentes. Otros reportan fuertes sentimientos de disgusto. Mientras realizan las compulsiones, algunas personas reportan una angustiante sensación de “incompletitud” o inquietud hasta que las cosas se ven, se sienten o suenan “bien”.

Es común que las personas con este trastorno eviten personas, lugares y cosas que desencadenan obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, las personas con preocupaciones sobre la contaminación pueden evitar situaciones públicas (p. ej., restaurantes, baños públicos) para reducir la exposición a los contaminantes temidos; las personas con pensamientos intrusivos sobre causar daño pueden evitar las interacciones sociales.

Muchas personas con TOC tienen creencias disfuncionales. Estas creencias pueden incluir un sentido exagerado de la responsabilidad y la tendencia a sobreestimar la amenaza; perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre; y la importancia excesiva de los pensamientos (p. ej., creer que tener un pensamiento prohibido es tan malo como actuar en consecuencia) y la necesidad de controlar los pensamientos. Estas creencias, sin embargo, no son específicas del TOC. La participación de familiares o amigos en rituales compulsivos, denominados **acomodaciones**, puede exacerbar o mantener los síntomas y es un objetivo importante en el tratamiento, especialmente en los niños.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del TOC en los Estados Unidos es del 1,2 %, con una prevalencia similar a nivel internacional (incluidos Canadá, Puerto Rico, Alemania, Taiwán, Corea y Nueva Zelanda; 1,1 %-1,8 %). Las mujeres se ven afectadas a una tasa ligeramente mayor que los hombres en la edad adulta, aunque los hombres se ven afectados con mayor frecuencia en la infancia.

Desarrollo y Curso

En los Estados Unidos, la edad media de inicio del TOC es de 19,5 años y el 25 % de los casos comienzan a los 14 años. El inicio después de los 35 años es inusual pero ocurre. Los hombres tienen una edad de inicio más temprana que las mujeres: casi el 25% de los hombres tienen un inicio antes de los 10 años. El inicio de los síntomas suele ser gradual; sin embargo, también puede ocurrir un inicio agudo.

Si el TOC no se trata, el curso suele ser crónico, a menudo con síntomas crecientes y menguantes. Algunos individuos tienen un curso episódico y una minoría tiene un curso de deterioro. Sin tratamiento, las tasas de remisión en adultos son bajas (p. ej., 20 % para los reevaluados 40 años después). El inicio en la niñez o la adolescencia puede conducir a TOC de por vida.

268

Sin embargo, el 40 % de las personas con TOC de inicio en la infancia o la adolescencia pueden experimentar una remisión en la edad adulta temprana. El curso del TOC a menudo se complica por la coexistencia de otros trastornos (consulte la sección "Comorbilidad" para este trastorno).

Las compulsiones se diagnostican más fácilmente en los niños que las obsesiones porque las compulsiones suelen ser observables. Sin embargo, la mayoría de los niños tienen tanto obsesiones como compulsiones (al igual que la mayoría de los adultos). El patrón de síntomas en adultos puede ser estable con el tiempo, pero es más variable en niños. Se han informado algunas diferencias en el contenido de las obsesiones y compulsiones cuando se comparan muestras de niños y adolescentes con muestras de adultos. Es probable que estas diferencias reflejen contenido apropiado para diferentes etapas de desarrollo (p. ej., índices más altos de obsesiones sexuales y religiosas en adolescentes que en niños; índices más altos de obsesiones por hacer daño [p. ej., temores de eventos catastróficos, como la muerte o la enfermedad de uno mismo o de sus seres queridos] en niños y adolescentes que en adultos).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Mayores síntomas de internalización, mayor emocionalidad negativa e inhibición del comportamiento en la infancia son posibles factores de riesgo temperamentales.

Ambiental. Diferentes factores ambientales pueden aumentar el riesgo de TOC. Estos incluyen eventos perinatales adversos, parto prematuro,

consumo de tabaco durante el embarazo, abuso físico y sexual en la niñez y otros eventos estresantes o traumáticos. Algunos niños pueden desarrollar la aparición repentina de síntomas obsesivo-compulsivos, que se han asociado con diferentes factores ambientales, incluidos varios agentes infecciosos y un síndrome autoinmune posinfeccioso.

Genético y fisiológico. La tasa de TOC entre familiares de primer grado de adultos con TOC es aproximadamente dos veces mayor que entre familiares de primer grado de personas sin el trastorno; sin embargo, entre los familiares de primer grado de personas con TOC de inicio en la infancia o la adolescencia, la tasa aumenta 10 veces. La transmisión familiar se debe en parte a factores genéticos (p. ej., una tasa de concordancia de 0,57 para gemelos monocigóticos frente a 0,22 para gemelos dicigóticos). Los estudios con gemelos sugieren que los efectos genéticos aditivos representan ~40% de la variación en los síntomas obsesivo-compulsivos. La disfunción en la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior y el cuerpo estriado han sido las más implicadas; también se han informado alteraciones en las redes frontolímbica, frontoparietal y cerebelosa.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura El TOC ocurre en todo el mundo. Existe una similitud sustancial entre culturas en la distribución por género, la edad de inicio y la comorbilidad del TOC. Además, en todo el mundo, existe una estructura de síntomas similar que implica la limpieza, la simetría, el acaparamiento, los pensamientos tabú y el miedo al daño. Sin embargo, existe una variación regional en la expresión de los síntomas y los factores culturales pueden dar forma al contenido de las obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, las obsesiones relacionadas con el contenido sexual pueden reportarse con menos frecuencia en algunos grupos religiosos y culturales, y las obsesiones relacionadas con la violencia y la agresión pueden ser más comunes en entornos con mayor prevalencia de violencia urbana.

Las atribuciones de los síntomas del TOC varían según la cultura, incluidas las causas físicas, sociales, espirituales y sobrenaturales; Las compulsiones específicas y las opciones de búsqueda de ayuda pueden verse reforzadas por estas atribuciones culturales.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Los hombres tienen una edad más temprana de inicio del TOC que las mujeres, a menudo en la infancia, y es más probable que tengan trastornos de tics comórbidos. El inicio en las niñas es más típico en la adolescencia; entre los adultos, el TOC es un poco más común en

mujeres que en los hombres. Se han informado diferencias de género en el patrón de las dimensiones de los síntomas, por ejemplo, las mujeres tienen más probabilidades de tener síntomas en la dimensión de limpieza y los hombres tienen más probabilidades de tener síntomas.

269

síntomas en los pensamientos prohibidos y dimensiones de simetría. El inicio o la exacerbación del TOC, así como los síntomas que pueden interferir con la relación madre-bebé (p. ej., obsesiones agresivas como pensamientos violentos e intrusivos de dañar al bebé, lo que conduce a la evitación del bebé), se han informado en el período periparto. Algunas mujeres también informan una exacerbación de los síntomas del TOC antes de la menstruación.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Una revisión sistemática

de la literatura sobre la ideación suicida y los intentos de suicidio en muestras clínicas con TOC de varios países encontró una tasa media de intentos de suicidio a lo largo de la vida del 14,2 %, una tasa media de ideación suicida a lo largo de la vida del 44,1 % y una tasa media de intentos de suicidio a lo largo de la vida del 44,1 % tasa de ideación suicida actual del 25,9%. Los predictores de mayor riesgo de suicidio fueron la severidad del TOC, la dimensión sintomática de pensamientos inaceptables, la severidad de los síntomas depresivos y de ansiedad comórbidos, y los antecedentes de tendencias suicidas. Otra revisión sistemática internacional de 48 estudios encontró una asociación significativa de moderada a alta entre la ideación suicida/intentos de suicidio y el TOC.

Un estudio transversal de 582 pacientes ambulatorios con TOC de Brasil encontró que el 36 % informó pensamientos suicidas durante su vida, el 20 % había hecho planes de suicidio, el 11 % ya había intentado suicidarse y el 10 % presentaba pensamientos suicidas actuales. La dimensión sexual/religiosa del TOC y los trastornos comórbidos por uso de sustancias se asociaron con pensamientos suicidas y planes de suicidio, los trastornos del control de impulsos se asociaron con pensamientos suicidas actuales y con planes e intentos de suicidio, y el trastorno depresivo mayor comórbido y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) de por vida.) se asociaron con todos los aspectos de las conductas suicidas.

En un estudio que utilizó datos del registro nacional sueco que involucró a 36 788 personas con TOC y sujetos de control de la población general emparejados, las personas con TOC tenían un mayor riesgo de muerte por suicidio (OR = 9.8) y

intento de suicidio (OR = 5,5), y el mayor riesgo de ambos resultados siguió siendo sustancial incluso después de ajustar por comorbilidades psiquiátricas.

El trastorno comórbido de la personalidad o el uso de sustancias aumentó el riesgo de suicidio, mientras que el sexo femenino, la mayor educación de los padres y un trastorno de ansiedad comórbido fueron factores protectores.

Consecuencias funcionales del obsesivo-compulsivo Trastorno

El TOC se asocia con una calidad de vida reducida, así como con altos niveles de deterioro social y laboral. El deterioro ocurre en muchos dominios diferentes de la vida y está asociado con la gravedad de los síntomas.

El deterioro puede ser causado por el tiempo dedicado a obsesionarse y realizar compulsiones. Evitar situaciones que pueden desencadenar obsesiones o compulsiones también puede afectar gravemente el funcionamiento. Además, los síntomas específicos pueden crear obstáculos específicos. Por ejemplo, las obsesiones sobre el daño pueden hacer que las relaciones con familiares y amigos se sientan peligrosas; el resultado puede ser la evitación de estas relaciones. Las obsesiones sobre la simetría pueden descarrilar la finalización a tiempo de los proyectos escolares o laborales porque el proyecto nunca se siente "bien", lo que puede resultar en el fracaso escolar o la pérdida del trabajo. También pueden ocurrir consecuencias para la salud. Por ejemplo, las personas con problemas de contaminación pueden evitar los consultorios médicos y los hospitales (p. ej., por temor a la exposición a gérmenes) o desarrollar problemas dermatológicos (p. ej., lesiones en la piel debido al lavado excesivo). A veces, los síntomas del trastorno interfieren con su propio tratamiento (p. ej., cuando los medicamentos se consideran contaminados). Cuando el trastorno comienza en la niñez o la adolescencia, las personas pueden experimentar dificultades de desarrollo. Por ejemplo, los adolescentes pueden evitar socializar con sus compañeros; los adultos jóvenes pueden tener dificultades cuando dejan el hogar para vivir de forma independiente. El resultado puede ser pocas relaciones significativas fuera de la familia y una falta de autonomía e independencia financiera de su familia de origen. Además, algunas personas con TOC tratan de imponer reglas y prohibiciones a los miembros de la familia debido a sus obsesiones.

(p. ej., nadie en la familia puede recibir visitas en la casa por temor a la contaminación), y esto puede conducir a una disfunción familiar.

Diagnóstico diferencial

Desórdenes de ansiedad. Los pensamientos recurrentes, los comportamientos de evitación y las solicitudes repetitivas de tranquilidad también pueden ocurrir en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, los pensamientos recurrentes que están presentes en el trastorno de ansiedad generalizada (es decir, preocupaciones) generalmente se refieren a preocupaciones de la vida real, mientras que las obsesiones del TOC generalmente no involucran preocupaciones de la vida real y pueden incluir contenido extraño, irracional o de interés. una naturaleza aparentemente mágica; además, las compulsiones suelen estar presentes y suelen estar vinculadas a las obsesiones. Al igual que las personas con TOC, las personas con fobia específica pueden tener una reacción de miedo a objetos o situaciones específicas; sin embargo, en la fobia específica el objeto temido suele estar mucho más circunscrito y los rituales no están presentes. En el trastorno de ansiedad social, los objetos o situaciones temidos se limitan a interacciones sociales o situaciones de desempeño, y la evitación o la búsqueda de tranquilidad se enfoca en reducir los sentimientos de vergüenza.

Trastorno depresivo mayor. El TOC debe distinguirse de la rumiación del trastorno depresivo mayor, en el que los pensamientos suelen ser congruentes con el estado de ánimo y no necesariamente se experimentan como intrusivos o angustiantes; además, las cavilaciones no están vinculadas a las compulsiones, como es típico en el TOC.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. En el trastorno dismórfico corporal, las obsesiones y compulsiones se limitan a preocupaciones sobre la apariencia física; y en la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello), la conducta compulsiva se limita a arrancarse el cabello en ausencia de obsesiones.

Los síntomas del trastorno de acumulación se centran exclusivamente en la dificultad persistente para desechar o separarse de las posesiones, la angustia marcada asociada con el descarte de artículos y la acumulación excesiva de objetos. Sin embargo, si una persona tiene obsesiones que son típicas del TOC (p. ej., preocupaciones sobre la incompletitud o el daño), y estas obsesiones conducen a la acumulación compulsiva (p. ej., adquirir todos los objetos de un conjunto para lograr una sensación de integridad o no desechar los periódicos viejos porque pueden contener información que podría prevenir el daño), en su lugar se debe dar un diagnóstico de TOC.

El TOC se puede distinguir de la anorexia nerviosa en que en el TOC las obsesiones y compulsiones no se limitan a preocupaciones sobre el peso y la comida.

Tics (en el tic nervioso) y movimientos estereotipados. Un **tic** es un movimiento o vocalización súbita, rápida, recurrente y no rítmica (p. ej., parpadeo, carraspeo). Un **movimiento estereotipado** es un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsado, no funcional (p. ej., golpearse la cabeza, mecer el cuerpo, morderse a sí mismo). Los tics y los movimientos estereotipados suelen ser menos complejos que las compulsiones y no están destinados a neutralizar las obsesiones. Sin embargo, distinguir entre tics complejos y compulsiones puede ser difícil.

Mientras que las compulsiones suelen ir precedidas de obsesiones, los tics suelen ir precedidos de impulsos sensoriales premonitorios. Algunas personas tienen síntomas tanto de TOC como de un trastorno de tics, en cuyo caso se pueden justificar ambos diagnósticos.

Desórdenes psicóticos. Algunas personas con TOC tienen una visión deficiente o incluso creencias delirantes sobre el TOC. Sin embargo, tienen obsesiones y compulsiones (distinguiendo su condición del trastorno delirante) y no tienen otras características de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (p. ej., alucinaciones o habla desorganizada). Para las personas cuyos síntomas de TOC justifican el especificador "con ausencia de introspección/creencias delirantes", estos síntomas no deben diagnosticarse como un trastorno psicótico.

Otros comportamientos de tipo compulsivo Ciertos comportamientos a veces se describen como "compulsivo", incluido el comportamiento sexual (en el caso de las parafilias), el juego (es decir, el trastorno del juego) y el uso de sustancias (por ejemplo, el trastorno por consumo de alcohol). Sin embargo, estos comportamientos difieren

de las compulsiones del TOC en el sentido de que la persona suele obtener placer de la actividad y puede desear resistirse a ella sólo por sus consecuencias nocivas.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el TOC tienen nombres similares, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no se caracteriza por pensamientos, imágenes o

impulsos o por comportamientos repetitivos que se realizan en respuesta a estos síntomas intrusivos; en cambio, implica un patrón persistente y generalizado de inadaptación de perfeccionismo excesivo y control rígido. Si un individuo manifiesta síntomas tanto del TOC como del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, se pueden dar ambos diagnósticos.

Comorbilidad Las

personas con TOC a menudo tienen otra psicopatología. Muchos adultos con el trastorno en los Estados Unidos tienen un diagnóstico de por vida de un trastorno de ansiedad (76 %; p. ej., trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica) o un trastorno depresivo o bipolar (63 % para cualquier trastorno depresivo o trastorno bipolar, siendo el más común el trastorno depresivo mayor [41 %]); un diagnóstico de por vida de un trastorno del control de los impulsos (56%) o un trastorno por uso de sustancias (39%) también es común. El inicio del TOC suele ser más tardío que el de la mayoría de los trastornos de ansiedad comórbidos (con la excepción del trastorno de ansiedad por separación) y el TEPT, pero a menudo precede al de los trastornos depresivos. En un estudio de 214 adultos que buscaban tratamiento en los Estados Unidos con TOC DSM-IV al ingreso, se encontró un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo comórbido en 23% a 32% de los individuos seguidos longitudinalmente.

Hasta el 30% de las personas con TOC también tienen un trastorno de tics de por vida. Un trastorno de tic comórbido es más común en hombres con inicio de TOC en la infancia. Estos individuos tienden a diferir de aquellos sin antecedentes de trastornos de tics en los temas de sus síntomas de TOC, comorbilidad, curso y patrón de transmisión familiar. En los niños también se puede observar una tríada de TOC, trastorno de tics y trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Varios trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, incluido el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación (pellizcado de la piel), también ocurren con más frecuencia en personas con TOC que en aquellas sin TOC.

El TOC también es mucho más común en personas con ciertos otros trastornos de lo que se esperaría en función de su prevalencia en la población general; cuando se diagnostica uno de esos otros trastornos, también se debe evaluar al individuo para detectar TOC. Por ejemplo, en personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, la prevalencia del TOC es

aproximadamente el 12%. Las tasas de TOC también son elevadas en el trastorno bipolar; trastornos alimentarios, como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; desorden dismórfico del cuerpo; y el trastorno de Tourette.

Desorden dismórfico del cuerpo

Criterios de diagnóstico

F45.22

- A. Preocupación por uno o más defectos percibidos o fallas en la apariencia física que no son observables o parecen leves para los demás.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el individuo ha realizado conductas repetitivas (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, pellizcarse la piel, buscar tranquilidad) o actos mentales (p. ej., comparar su apariencia con la de los demás) en respuesta a las preocupaciones de apariencia.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.

272

- D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la preocupación por la grasa corporal o el peso en un individuo cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especifique

si: **Con dismorfia muscular:** el individuo está preocupado con la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o insuficientemente musculosa. Este especificador se usa incluso si el individuo está preocupado por otras áreas del cuerpo, lo que suele ser el caso.

Especificación si:

Indique el grado de percepción con respecto a las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., "Me veo feo" o "Me veo deformé").

Con una percepción buena o regular: el individuo reconoce que las creencias sobre el trastorno dismórfico corporal definitivamente o probablemente no son verdaderas o que pueden o no serlo.

Con introspección deficiente: el individuo piensa que las creencias sobre el trastorno dismórfico corporal probablemente sean ciertas.

Con introspección ausente/creencias delirantes: el individuo está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son verdaderas.

Especificadores

La dismorfia muscular, una forma de trastorno dismórfico corporal que ocurre casi exclusivamente en hombres y adolescentes, consiste en la preocupación por la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente delgado o musculoso.

Las personas con esta forma del trastorno en realidad tienen un cuerpo de aspecto normal o incluso son muy musculosas. También pueden estar preocupados por otras áreas del cuerpo, como la piel o el cabello. La mayoría (pero no todos) hacen dieta, ejercicio y/o levantan pesas en exceso, lo que a veces causa daños corporales. Algunos usan esteroides anabólico-androgénicos potencialmente peligrosos y otras sustancias para tratar de hacer que su cuerpo sea más grande y más musculoso.

Las personas con trastorno dismórfico corporal varían en el grado de conocimiento que tienen sobre la precisión de sus creencias sobre el trastorno dismórfico corporal (p. ej., "Me veo feo", "Me veo deformé"). La introspección con respecto a las creencias sobre el trastorno dismórfico corporal puede variar de buena a ausente/delirante (es decir, creencias delirantes que consisten en una convicción completa de que la visión del individuo sobre su apariencia es correcta y no está distorsionada). En promedio, la introspección es deficiente, y un tercio o más de las personas actualmente tienen creencias de ausencia de introspección/trastorno dismórfico corporal delirante. Los individuos con trastorno dismórfico corporal delirante tienden a tener una mayor morbilidad en algunas áreas (p. ej., pensamientos o conductas suicidas), pero esto parece explicarse por su tendencia a tener síntomas de trastorno dismórfico corporal más graves.

Características de diagnóstico

Las personas con trastorno dismórfico corporal (anteriormente conocido como **dismorfofobia**) están preocupadas por uno o más defectos o imperfecciones percibidos en su apariencia física, que creen que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes (Criterio A). Los defectos percibidos no son observables o parecen leves para otros individuos. Las preocupaciones van desde verse "poco atractivo" o "no estar bien" hasta verse "horrible" o "como un monstruo". Las preocupaciones pueden enfocarse en una o varias áreas del cuerpo, más comúnmente la piel (p. ej., acné percibido, cicatrices, líneas, arrugas, palidez), el cabello (p. ej., cabello "adelgazado" o vello corporal o facial "excesivo") o la nariz (ej., tamaño o forma). Sin embargo, cualquier área del cuerpo puede ser el foco de preocupación (p. ej., ojos, dientes, peso, estómago, senos, piernas, tamaño o forma de la cara, labios, mentón, cejas, genitales). Algunas personas están preocupadas por la asimetría percibida de las áreas del cuerpo. Las preocupaciones son intrusivas, no deseadas, consumen mucho tiempo (ocurren, en promedio, de 3 a 8 horas por día) y, por lo general, son difíciles de resistir o controlar.

Se realizan comportamientos o actos mentales excesivamente repetitivos (p. ej., comparar) en respuesta a la preocupación (Criterio B). El individuo se siente impulsado a realizar estos

273

comportamientos que no son placenteros y pueden aumentar la ansiedad y la disforia. Por lo general, requieren mucho tiempo y son difíciles de resistir o controlar. Los comportamientos comunes son comparar la apariencia de uno con la de otros individuos; verificar repetidamente los defectos percibidos en los espejos u otras superficies reflectantes o examinarlos directamente; tomar "selfies" excesivos; arreglarse excesivamente (p. ej., peinarse, peinarse, afeitarse, arrancarse o jalarse el cabello); buscar tranquilidad sobre cómo se ven los defectos percibidos; tocar áreas que no le gustan para revisarlas; ejercicio excesivo o levantamiento de pesas; y buscando procedimientos cosméticos. Algunas personas se broncean excesivamente (p. ej., para oscurecer la piel "pálida" o disminuir el acné percibido), se cambian repetidamente de ropa (p. ej., para camuflar los defectos percibidos) o compran compulsivamente (p. ej., productos de belleza). El rascado compulsivo de la piel destinado a mejorar los defectos de la piel percibidos es común y puede causar daños en la piel, infecciones o ruptura de los vasos sanguíneos. Camuflar (es decir, ocultar o cubrir) defectos percibidos, un comportamiento muy común en personas con d

trastorno, puede implicar conductas repetitivas (p. ej., maquillarse repetidamente, ajustarse un sombrero o la ropa, arreglarse el cabello para cubrir la frente o los ojos). La preocupación debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento (Criterio C); generalmente ambos están presentes. El trastorno dismórfico corporal debe diferenciarse de un trastorno alimentario. El trastorno dismórfico corporal por poder es una forma de trastorno dismórfico corporal en el que las personas están preocupadas por los defectos que perciben en la apariencia de otra persona, con mayor frecuencia una persona importante (p. ej., cónyuge o pareja), pero a veces un parente, un hijo, un hermano o un extraño. .

Funciones asociadas

Muchas personas con trastorno dismórfico corporal tienen ideas o delirios de referencia, creyendo que otras personas se fijan especialmente en ellos o se burlan de ellos por su apariencia. El trastorno dismórfico corporal se asocia con altos niveles de ansiedad, ansiedad social, evitación social, estado de ánimo deprimido, afectividad negativa (neuroticismo), sensibilidad al rechazo y perfeccionismo, así como baja extroversión y baja autoestima. El trastorno dismórfico corporal también se asocia con una hostilidad elevada y un comportamiento agresivo. Muchas personas se avergüenzan de su apariencia y se enfocan demasiado en cómo se ven y son renuentes a revelar sus preocupaciones a los demás. La mayoría de las personas reciben tratamiento cosmético para tratar de mejorar sus defectos percibidos. El tratamiento dermatológico y la cirugía son los más comunes, pero se puede recibir cualquier tipo (p. ej., dental, electrólisis). Algunas personas se realizan cirugías a sí mismas. El trastorno dismórfico corporal parece responder mal a tales tratamientos y, a veces, empeora. Algunas personas emprenden acciones legales o son violentas con el médico (p. ej., el cirujano) porque no están satisfechas con el resultado cosmético.

El trastorno dismórfico corporal se ha asociado con anomalías en el reconocimiento de emociones, la atención y la función ejecutiva, así como con sesgos en el procesamiento de la información e imprecisiones en la interpretación de la información y las situaciones sociales. Por ejemplo, las personas con este trastorno tienden a tener un sesgo hacia las interpretaciones negativas y amenazantes de las expresiones faciales y los escenarios ambiguos. El trastorno dismórfico co-

También se caracteriza por anomalías en el procesamiento visual, con un sesgo por analizar y codificar detalles en lugar de aspectos holísticos o configuracionales de los estímulos visuales.

Predominio

La prevalencia puntual en un estudio epidemiológico nacional entre adultos estadounidenses fue del 2,4 % (2,5 % en mujeres y 2,2 % en hombres). Fuera de los Estados Unidos (p. ej., Alemania), estudios similares indican que la prevalencia puntual es del 1,7 % al 2,9 %, con una distribución por género similar a la de los Estados Unidos.

A nivel mundial, la prevalencia puntual es del 11 % al 13 % entre los pacientes de dermatología, del 13 % al 15 % entre los pacientes de cirugía estética general, del 20 % en los pacientes de cirugía de rinoplastia, del 11 % entre los pacientes adultos de cirugía de corrección mandibular y del 5 % al 10 % entre los pacientes adultos. pacientes de ortodoncia/odontología cosmética. Entre los adolescentes y estudiantes universitarios, las tasas de prevalencia puntual son relativamente más altas en las niñas/mujeres jóvenes en comparación con los niños/hombres jóvenes.

274

Desarrollo y curso La edad media de

inicio del trastorno es de 16 a 17 años, la mediana de edad de inicio es de 15 años y la edad de inicio más común es de 12 a 13 años; en dos tercios de las personas, el inicio es antes de los 18 años. Los síntomas del trastorno dismórfico corporal subclínico comienzan, en promedio, a los 12 o 13 años. Las preocupaciones subclínicas por lo general evolucionan gradualmente hasta el trastorno completo, aunque algunas personas experimentan un inicio abrupto del trastorno dismórfico corporal. El trastorno suele ser crónico, aunque es probable que mejore cuando se recibe un tratamiento basado en la evidencia. Las características clínicas del trastorno parecen en gran medida similares en niños/adolescentes y adultos. El trastorno dismórfico corporal ocurre en los ancianos, pero se sabe poco sobre el trastorno en este grupo de edad. Los individuos con inicio del trastorno antes de los 18 años tienen más comorbilidad y es más probable que tengan un inicio gradual (en lugar de agudo) que aquellos con trastorno dismórfico corporal de inicio en la edad adulta.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental.

El trastorno dismórfico corporal se ha asociado con altas tasas de abandono, abuso y trauma infantil, así como con tasas elevadas de burlas.

Genético y fisiológico. La prevalencia del trastorno dismórfico corporal es elevada en familiares de primer grado de personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La heredabilidad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal se estima en un 37 %–49 % en estudios de gemelos adolescentes y adultos jóvenes y puede ser mayor en las mujeres. Existe una vulnerabilidad genética compartida con el TOC, así como influencias genéticas que son específicas de los síntomas del trastorno dismórfico corporal.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura El trastorno dismórfico corporal ha sido reportado internacionalmente. Ciertas características del trastorno aparecen transculturalmente, como la proporción de género, las áreas del cuerpo que son objeto de preocupación, los tipos de comportamientos repetitivos y los niveles de angustia y deterioro asociados. Otras características pueden variar (p. ej., en algunos contextos culturales con un enfoque colectivista, como Japón, las preocupaciones dismórficas corporales pueden enfatizar el miedo a ofender a los demás debido a la deformidad percibida).

Los distintos estándares culturales pueden estar asociados con problemas específicos de imagen corporal, como los párpados en Japón y la dismorfia muscular en los países occidentales. **Taijin kyofusho**, incluido en el sistema de diagnóstico tradicional japonés, tiene un subtipo similar al trastorno dismórfico corporal: **shubo-kyofu** ("la fobia a un cuerpo deformado"). Para obtener más información sobre los conceptos culturales de angustia, consulte el capítulo "Cultura y diagnóstico psiquiátrico".

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

La dismorfia muscular ocurre casi exclusivamente en los hombres, y es más probable que los hombres tengan un trastorno por uso de sustancias comórbido, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de tener un trastorno alimentario comórbido. Las mujeres y los hombres parecen tener más similitudes que diferencias en términos de la mayoría de las características clínicas, por ejemplo, áreas del cuerpo que no les gustan, tipos de comportamientos repetitivos, gravedad de los síntomas, tendencias suicidas, comorbilidad, curso de la enfermedad y recibir procedimientos cosméticos para el trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, hay algunas diferencias. Por ejemplo, es más probable que los hombres se preocupen

sus genitales, constitución corporal (pensando que son demasiado pequeñas o inadecuadamente musculosas) y adelgazamiento del cabello, mientras que es más probable que las mujeres se preocupen por el peso (generalmente pensando que pesan demasiado), senos/pecho, glúteos, piernas, caderas, y exceso de vello corporal/facial.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

En una revisión sistemática y metaanálisis de 17 estudios que examinaron pensamientos y comportamientos suicidas en varios países, las personas con trastorno dismórfico corporal fueron

275

cuatro veces más probabilidades de haber experimentado pensamientos suicidas (OR combinado = 3,87) y 2,6 veces más probabilidades de haber realizado intentos de suicidio (OR combinado = 2,57) en comparación con sujetos de control sanos e individuos diagnosticados con trastornos alimentarios, TOC o cualquier trastorno de ansiedad . Dos estudios de población general en Alemania encontraron tasas más altas de pensamientos suicidas: 19 % frente a 3 %; 31,0 % frente a 3,5 %, y comportamientos, 7 % frente a 1 %; 22,2 % frente a 2,1 % —en individuos diagnosticados con trastorno dismórfico corporal que en aquellos sin el diagnóstico.

La gravedad del trastorno dismórfico corporal fortalece la asociación del trastorno dismórfico corporal con pensamientos y conductas suicidas. La relación entre el trastorno dismórfico corporal y los pensamientos y comportamientos suicidas elevados es independiente de la comorbilidad, pero ciertas comorbilidades pueden fortalecer aún más esta relación. Una proporción sustancial de personas con trastorno dismórfico corporal atribuyen los pensamientos suicidas o los intentos de suicidio principalmente a su apariencia.

Las personas con trastorno dismórfico corporal tienen muchos factores de riesgo demográficos y clínicos que predicen de manera más general la muerte por suicidio, como altas tasas de pensamientos suicidas e intentos de suicidio, desempleo, abuso percibido, baja autoestima y altas tasas de trastorno depresivo mayor comórbido, problemas de alimentación trastornos y trastornos por consumo de sustancias.

Consecuencias funcionales del trastorno dismórfico corporal

Casi todas las personas con trastorno dismórfico corporal experimentan un deterioro del funcionamiento psicosocial debido a su apariencia. El deterioro puede variar de moderado (p. ej., evitar algunas situaciones sociales) a extremo e incapacitante (p. ej., estar completamente confinado en casa).

En promedio, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida son marcadamente deficientes. Los síntomas más graves del trastorno dismórfico corporal se asocian con un funcionamiento y una calidad de vida más deficientes. La mayoría de las personas experimentan un deterioro en su desempeño laboral, académico o de rol (p. ej., como padre o cuidador), que a menudo es grave (p. ej., desempeño deficiente, faltar a la escuela o al trabajo, no trabajar). Alrededor del 20% de los jóvenes con trastorno dismórfico corporal informan que abandonaron la escuela principalmente debido a los síntomas del trastorno dismórfico corporal. Una alta proporción de adultos y adolescentes han sido hospitalizados psiquiátricamente.

Diagnóstico diferencial

Problemas de apariencia normal y defectos físicos claramente perceptibles. Cuerpo

El trastorno dismórfico se diferencia de las preocupaciones por la apariencia normal en que se caracteriza por preocupaciones excesivas relacionadas con la apariencia y comportamientos repetitivos que consumen mucho tiempo, por lo general son difíciles de resistir o controlar y causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento.

Los defectos físicos que son claramente perceptibles (es decir, no leves) no se diagnostican como trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, rascarse la piel como síntoma del trastorno dismórfico corporal puede causar lesiones y cicatrices notables en la piel; en tales casos, se debe diagnosticar el trastorno dismórfico corporal.

Trastornos de la alimentación. En una persona con un trastorno alimentario, las preocupaciones sobre la obesidad o el sobrepeso se consideran un síntoma del trastorno alimentario en lugar del trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, pueden surgir problemas de peso en el trastorno dismórfico corporal. Los trastornos alimentarios y el trastorno dismórfico corporal pueden ser comórbidos, en cuyo caso ambos deben ser diagnosticados.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Las preocupaciones y las conductas repetitivas del trastorno dismórfico corporal difieren de las obsesiones y compulsiones del TOC en que las primeras se centran únicamente en la apariencia física. Estos trastornos tienen otras diferencias, como una percepción más deficiente, depresión más frecuente y tasas más altas de tendencias suicidas.

la ideación en el trastorno dismórfico corporal. Cuando se intenta pellizcar la piel para mejorar la apariencia de los defectos de la piel percibidos, se diagnostica el trastorno dismórfico corporal, en lugar del trastorno de excoriación (pellizcar la piel).

Cuando la eliminación del vello (arrancamiento, tracción u otros tipos de eliminación) tiene como objetivo mejorar los defectos percibidos en la apariencia del vello facial, de la cabeza o del cuerpo, se diagnostica un trastorno dismórfico corporal en lugar de tricotilomanía (trastorno por arrancarse el cabello).

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Los individuos con trastorno dismórfico corporal no se preocupan por tener o adquirir una enfermedad grave y en muestras clínicas no presentan niveles de somatización particularmente elevados.

Trastorno depresivo mayor. La preocupación prominente por la apariencia y los comportamientos repetitivos excesivos en el trastorno dismórfico corporal lo diferencian del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el trastorno depresivo mayor y los síntomas depresivos son comunes en personas con trastorno dismórfico corporal, y a menudo parecen ser secundarios a la angustia y el deterioro que causa el trastorno dismórfico corporal. El trastorno dismórfico corporal debe diagnosticarse en personas deprimidas si se cumplen los criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal.

Desórdenes de ansiedad. La ansiedad social y la evitación son comunes en el trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, a diferencia del trastorno de ansiedad social, la agorafobia y el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno dismórfico corporal incluye una preocupación prominente relacionada con la apariencia, que puede ser delirante, y conductas repetitivas. Además, la ansiedad social y la evitación que son características del trastorno dismórfico corporal son atribuibles a la preocupación por los defectos de apariencia percibidos y a la creencia o temor de que otras personas consideren a estas personas feas, las ridiculicen o las rechacen debido a sus características físicas. A diferencia del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y la preocupación en el trastorno dismórfico corporal se centran en los defectos de apariencia percibidos.

Desórdenes psicóticos. Muchas personas con trastorno dismórfico corporal tienen creencias delirantes sobre la apariencia (es decir, completa convicción de que su visión de los defectos percibidos es precisa), lo que se diagnostica como trastorno dismórfico corporal, con ausencia de introspección/creencias delirantes, no como trastorno delirante.

Las ideas relacionadas con la apariencia o los delirios de referencia son comunes en el cuerpo.

trastorno dismórfico (es decir, pensar que otras personas prestan especial atención de manera negativa debido a la apariencia del individuo). Sin embargo, a diferencia de la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo, el trastorno dismórfico corporal implica preocupaciones prominentes por la apariencia y comportamientos repetitivos relacionados; el comportamiento desorganizado y otros síntomas psicóticos están ausentes (excepto las creencias sobre la apariencia, que pueden ser delirantes). Para las personas cuyos síntomas de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados justifican el especificador "con ausencia de introspección/creencias delirantes", estos síntomas no deben diagnosticarse como un trastorno psicótico.

Otros trastornos y síntomas. El trastorno dismórfico corporal no debe diagnosticarse si la preocupación se limita a la incomodidad o el deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias de una persona con **disforia de género**. Tampoco se debe diagnosticar el trastorno dismórfico corporal si la preocupación se centra en la creencia de que uno emite un olor corporal desagradable u ofensivo como en el trastorno de referencia olfativo (síndrome de referencia olfativo), que es un ejemplo de otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado en el DSM. -5. **La disforia de integridad corporal** (que se incluye en la CIE-11 pero no en el DSM-5) implica un deseo persistente de amputarse para corregir un desajuste entre el sentido del individuo de cómo debe configurarse su cuerpo y su estado anatómico real. configuración. En contraste con el trastorno dismórfico corporal, el individuo no siente que la extremidad que se va a amputar sea fea o defectuosa de alguna manera, solo que no debería estar allí. **Koro**, un trastorno relacionado con la cultura que suele ocurrir en epidemias en el sudeste asiático, consiste en el temor de que el pene (labios, pezones o senos en las mujeres) se encoja o se retraiga y desaparezca en el abdomen, a menudo acompañado de la creencia de que la muerte

resultará. **Koro** se diferencia del trastorno dismórfico corporal en varios aspectos, incluido un enfoque en la muerte en lugar de la preocupación por la fealdad percibida. **La preocupación dismórfica** (que no es un trastorno del DSM-5) es una construcción más amplia que es similar, pero no equivalente, al trastorno dismórfico corporal. Se trata de síntomas que reflejan una preocupación excesiva por defectos leves o imaginarios en la apariencia.

Comorbilidad El

trastorno depresivo mayor es el trastorno comórbido más común, con un inicio generalmente posterior al del trastorno dismórfico corporal. El trastorno de ansiedad social comórbido, el TOC y los trastornos relacionados con sustancias (incluido el uso de esteroides anabólicos androgénicos en la forma de dismorfia muscular del trastorno dismórfico corporal) también son comunes.

Trastorno de acumulación**Criterios de diagnóstico****F42.3**

- A. Dificultad persistente para desechar o separarse de posesiones, independientemente de su valor real.
- B. Esta dificultad se debe a la necesidad percibida de guardar los artículos y a la angustia asociada con desecharlos.
- C. La dificultad para deshacerse de las posesiones da como resultado la acumulación de posesiones que congestionan y abarrotan las áreas de vivienda activa y comprometen sustancialmente su uso previsto. Si las áreas de vivienda están despejadas, es solo por la intervención de terceros (por ejemplo, miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).
- D. El acaparamiento causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).
- E. El acaparamiento no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
- F. La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, disminución de la energía en el trastorno depresivo mayor, delirios en la esquizofrenia u otro trastorno psicótico).

trastorno, déficits cognitivos en el trastorno neurocognitivo mayor, intereses restringidos en el trastorno del espectro autista).

Especificar

si: **Con adquisición excesiva:** Si la dificultad para deshacerse de las posesiones se acompaña de una adquisición excesiva de elementos que no se necesitan o para los que no hay disponibilidad espacio.

Especifique

si: **Con una percepción buena o regular:** el individuo reconoce que las creencias y los comportamientos relacionados con el acaparamiento (relativos a la dificultad para desechar objetos, el desorden o la adquisición excesiva) son problemáticos.

Con poca percepción: el individuo está mayormente convencido de que las creencias y los comportamientos relacionados con el acaparamiento (relativos a la dificultad para desechar artículos, el desorden o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

Con introspección ausente/creencias delirantes: el individuo está completamente convencido de que las creencias y los comportamientos relacionados con el acaparamiento (relacionados con la dificultad para desechar artículos, el desorden o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

especificadores

Con adquisición excesiva. Aproximadamente el 80%-90% de las personas con trastorno de acumulación muestran una adquisición excesiva. La forma de adquisición más frecuente es la compra excesiva, seguida de la adquisición de artículos gratuitos (p. ej., folletos, artículos desechados por otros). Robar es menos común. Algunas personas pueden negar la adquisición excesiva cuando se evalúan por primera vez, pero puede aparecer más tarde durante el curso del tratamiento. Las personas con trastorno de acumulación generalmente experimentan angustia si no pueden o se les impide adquirir artículos.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por acumulación es la dificultad persistente para desechar o separarse de las posesiones, independientemente de su valor real (Criterio A).

El término **persistente** indica una dificultad de larga data en lugar de circunstancias de vida más transitorias que pueden conducir a un desorden excesivo, como la herencia de propiedades. La dificultad para desechar posesiones señalada en el Criterio A se refiere a cualquier forma de descarte, incluyendo tirar, vender, regalar o reciclar. Las principales razones aducidas para esta dificultad son la utilidad percibida o el valor estético de los artículos o el fuerte apego sentimental a las posesiones. Algunas personas se sienten responsables del destino de sus posesiones y, a menudo, hacen todo lo posible para evitar el despilfarro.

Los temores de perder información importante también son comunes. Los artículos que se guardan con mayor frecuencia son periódicos, revistas, ropa, bolsos, libros, correo y papeles, pero se puede guardar prácticamente cualquier artículo. La naturaleza de los artículos no se limita a las posesiones que la mayoría de la gente definiría como inútiles o de valor limitado. Muchas personas también recolectan y guardan grandes cantidades de cosas valiosas, que a menudo se encuentran en montones mezclados con otros artículos menos valiosos.

Las personas con trastorno de acumulación ahorran posesiones a propósito y experimentan angustia (p. ej., ansiedad, frustración, arrepentimiento, tristeza, culpa) cuando se enfrentan a la perspectiva de desecharlas (Criterio B). Este criterio enfatiza que el ahorro de posesiones es intencional, lo que discrimina el trastorno por acumulación de otras formas de psicopatología que se caracterizan por la acumulación pasiva de artículos o la ausencia de angustia cuando se sustraen las posesiones.

Las personas acumulan una gran cantidad de artículos que llenan y abarrotan las áreas de vida activa en la medida en que su uso previsto ya no es posible (Criterio C). Por ejemplo, es posible que la persona no pueda cocinar en la cocina, dormir en su cama o sentarse en una silla. Si se puede utilizar el espacio, es sólo con gran dificultad. **El desorden** se define como un gran grupo de objetos generalmente no relacionados o marginalmente relacionados amontonados de manera desorganizada en espacios diseñados para otros propósitos (p. ej., mesas, pisos, pasillos). El criterio C enfatiza las áreas de vivienda “activas” del hogar, en lugar de áreas más periféricas, como garajes, áticos o sótanos, que a veces están abarrotados en los hogares de personas sin trastorno por acumulación.

Sin embargo, las personas con trastorno de acumulación a menudo tienen posesiones que se extienden más allá de las áreas de vida activa y pueden ocupar y perjudicar el uso de otros espacios, como vehículos, patios, el lugar de trabajo y las casas de amigos y familiares. En algunos casos, las áreas de vivienda pueden estar despejadas solo gracias a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, limpiadores, autoridades locales). Las personas que se han visto obligadas a despejar sus casas todavía tienen un cuadro de síntomas que cumple con los criterios del trastorno de acumulación porque la falta de desorden es atribuible a la intervención de un tercero. El trastorno por acumulación contrasta con el comportamiento de colecciónismo normativo, que es organizado y selectivo, aunque en algunos casos la cantidad real de posesiones puede ser similar a la cantidad acumulada por un individuo con trastorno por acumulación. El colecciónismo normativo no produce el desorden, la angustia o el deterioro típico del trastorno de acumulación.

Los síntomas (es decir, dificultad para desechar y/o desorden) deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás (Criterio D). En algunos casos, particularmente cuando hay poca percepción, el individuo puede no reportar angustia y el

279

el deterioro puede ser evidente solo para quienes rodean al individuo. Sin embargo, cualquier intento de descartar o limpiar las posesiones por parte de terceros genera altos niveles de angustia.

Funciones asociadas

Otras características comunes del trastorno de acumulación incluyen indecisión, perfeccionismo, evasión, procrastinación, dificultad para planificar y organizar tareas y distracción. Algunas personas con trastorno de acumulación viven en condiciones insalubres que pueden ser una consecuencia lógica de espacios muy desordenados y/o que están relacionadas con dificultades de planificación y organización. **El acaparamiento de animales** puede definirse como la acumulación de un gran número de animales y la falta de provisión de estándares mínimos de nutrición, sanidad y atención veterinaria, así como la falta de acción ante el deterioro de la condición de los animales (incluyendo enfermedades, inanición o muerte) y la

ambiente (por ejemplo, hacinamiento severo, condiciones extremadamente insalubres).

El acaparamiento de animales puede ser una manifestación especial del trastorno por acaparamiento.

Muchas personas que atesoran animales también atesoran objetos inanimados. Las diferencias más destacadas entre el acaparamiento de animales y objetos son el alcance de las condiciones insalubres y la percepción más pobre del acaparamiento de animales.

Predominio

No se dispone de estudios de prevalencia representativos a nivel nacional del trastorno de acumulación. Las encuestas comunitarias estiman que la prevalencia puntual de la acumulación clínicamente significativa en los Estados Unidos y Europa oscila entre el 1,5 % y el 6 %. En un metanálisis de 12 estudios en países de altos ingresos, se encontró una prevalencia del 2,5 %, sin que se identificaran diferencias de género. Esto contrasta con las muestras clínicas, que son predominantemente mujeres. En un estudio basado en la población en los Países Bajos, los síntomas de acumulación parecían ser casi tres veces más frecuentes en los adultos mayores (mayores de 65 años) en comparación con los adultos más jóvenes (de 30 a 40 años).

El desarrollo y el acaparamiento de cursos

parecen comenzar temprano en la vida y se extienden hasta las últimas etapas.

Los síntomas de acumulación pueden surgir por primera vez alrededor de los 15 a 19 años, comenzar a interferir con el funcionamiento diario del individuo a mediados de los 20 y causar un deterioro clínicamente significativo a mediados de los 30. Los participantes en estudios de investigación clínica suelen tener 50 años. Por lo tanto, la gravedad de la acumulación aumenta con cada década de la vida, especialmente después de los 30 años. Una vez que comienzan los síntomas, el curso de la acumulación suele ser crónico, y pocas personas informan un curso creciente y menguante.

El acaparamiento patológico en los niños parece distinguirse fácilmente de los comportamientos de ahorro y recolección que se adaptan al desarrollo. Debido a que los niños y adolescentes típicamente no controlan su entorno de vida y las conductas de descarte, la posible intervención de terceros (p. ej., los padres mantienen los espacios utilizables y, por lo tanto, reducen la interferencia) al hacer el diagnóstico.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental.

La indecisión es una característica destacada de las personas con trastorno de acumulación y sus familiares de primer grado.

Ambiental.

Las personas con trastorno de acumulación a menudo informan retrospectivamente eventos de vida estresantes y traumáticos que preceden al inicio del trastorno o causan una exacerbación.

Genético y fisiológico.

El comportamiento de acumulación es familiar; más del 50% de las personas que acumulan informan que tienen un pariente que también acumula. Los estudios de gemelos indican que aproximadamente el 50% de la variabilidad en el comportamiento de acumulación es atribuible a factores genéticos aditivos y el resto a factores ambientales no compartidos.

280

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Si bien la mayor parte de la investigación se ha realizado en países occidentales industrializados y comunidades urbanas, los datos disponibles de países de ingresos bajos y medios sugieren que la acumulación tiene características clínicas consistentes en diferentes culturas, incluidas similitudes en la gravedad en la presentación clínica, y cogniciones y comportamientos asociados. En contextos culturales en los que se otorga un gran valor al ahorro y al almacenamiento de posesiones, la presencia de angustia y deterioro funcional debe ser la base para el diagnóstico.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las características clave del trastorno de acumulación (es decir, dificultad para desechar, cantidad excesiva de desorden) son generalmente comparables en hombres y mujeres, pero las mujeres tienden a mostrar una adquisición más excesiva, particularmente una compra excesiva, que los hombres.

Consecuencias funcionales del trastorno de acumulación El desorden

afecta las actividades básicas, como moverse por la casa, cocinar, limpiar, mantener la higiene personal e incluso dormir. Los electrodomésticos pueden estar averiados y los servicios públicos como el agua y la electricidad pueden desconectarse, ya que el acceso para los trabajos de reparación puede ser difícil. La calidad de vida a menudo se deteriora considerablemente. En casos severos, el acaparamiento puede poner en riesgo a las personas

por incendios, caídas (especialmente personas mayores), saneamiento deficiente y otros riesgos para la salud. El trastorno de acumulación se asocia con deterioro ocupacional, mala salud física y alta utilización de servicios sociales. Las relaciones familiares están frecuentemente bajo una gran tensión. Los conflictos con los vecinos y las autoridades locales son comunes, y una proporción sustancial de personas con trastorno por acumulación grave se han visto involucradas en procesos legales de desalojo, y algunas tienen antecedentes de desalojo.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. El trastorno de acumulación no se diagnostica si se considera que los síntomas son una consecuencia directa de otra afección médica (Criterio E), como una lesión cerebral traumática, resección quirúrgica para el tratamiento de un tumor o control de convulsiones, enfermedad cerebrovascular, infecciones del sistema nervioso central (p. ej., encefalitis por herpes simple), o afecciones neurogenéticas como el síndrome de Prader-Willi. El daño a las cortezas cingulada y prefrontal ventromedial anterior se ha asociado particularmente con la acumulación excesiva de objetos. En estos individuos, el comportamiento de acumulación no está presente antes del inicio del daño cerebral y aparece poco después de que se produzca el daño cerebral. Algunas de estas personas parecen tener poco interés en los artículos acumulados y son capaces de desecharlos fácilmente o no les importa si otros los desechan, mientras que otros parecen ser muy reacios a desechar cualquier cosa.

Trastornos del neurodesarrollo. El trastorno de acumulación no se diagnostica si la acumulación de objetos se considera una consecuencia directa de un trastorno del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista o el trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual).

Espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos. El trastorno de acumulación no se diagnostica si la acumulación de objetos se considera una consecuencia directa de delirios o síntomas negativos en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Episodio depresivo mayor. El trastorno de acumulación no se diagnostica si la acumulación de objetos se considera una consecuencia directa del retraso psicomotor, la fatiga o la pérdida de energía durante un episodio depresivo mayor.

Desorden obsesivo compulsivo. El trastorno de acumulación no se diagnostica si se considera que los síntomas son una consecuencia directa de obsesiones o compulsiones típicas, como temores de contaminación, daño o sentimientos de incompletitud en el trastorno obsesivo-compulsivo.

281

(TOC). Los sentimientos de incompletitud (p. ej., perder la propia identidad o tener que documentar y conservar todas las experiencias de la vida) son los síntomas del TOC más frecuentes asociados con esta forma de acumulación. La acumulación de objetos también puede ser el resultado de evitar persistentemente rituales onerosos (p. ej., no desechar objetos para evitar interminables rituales de lavado o revisión).

En el TOC, el comportamiento es generalmente no deseado y muy angustioso, y el individuo no experimenta placer ni recompensa por ello. La adquisición excesiva generalmente no está presente; si hay una adquisición excesiva, los artículos se adquieren por una obsesión específica (p. ej., la necesidad de comprar artículos que se han tocado accidentalmente para evitar contaminar a otras personas), no por un deseo genuino de poseer los artículos. Las personas que acumulan en el contexto del TOC también tienen más probabilidades de acumular artículos extraños, como basura, heces, orina, cortes de uñas de manos y pies, cabello, pañales usados o comida podrida. La acumulación de tales artículos es muy inusual en el trastorno por acumulación.

Cuando la acumulación grave aparece al mismo tiempo que otros síntomas típicos del TOC, pero se considera que es independiente de estos síntomas, se pueden diagnosticar tanto el trastorno de acumulación como el TOC.

Trastornos neurocognitivos El trastorno de acumulación no se diagnostica si la acumulación de objetos se considera una consecuencia directa de un trastorno degenerativo, como un trastorno neurocognitivo asociado con la degeneración frontotemporal o la enfermedad de Alzheimer. Por lo general, el inicio del comportamiento acumulativo es gradual y sigue al inicio del trastorno neurocognitivo. El comportamiento acumulativo puede ir acompañado de autodescuido y miseria doméstica severa, junto con otros síntomas neuropsiquiátricos, como desinhibición, juego, rituales/estereotipias, tics y conductas autolesivas.

Comorbilidad

Aproximadamente el 75% de las personas con trastorno de acumulación tienen un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad comórbido. Las condiciones comórbidas más comunes son el trastorno depresivo mayor (30% a 50%), el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada. Aproximadamente el 20 % de las personas con trastorno de acumulación también tienen síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del TOC. Estas comorbilidades a menudo pueden ser el principal motivo de consulta, porque es poco probable que las personas informen espontáneamente los síntomas de acumulación, y a menudo no se pregunta sobre los síntomas de acumulación en las entrevistas clínicas de rutina.

Tricotilomanía (trastorno de tirar del cabello)

Criterios de diagnóstico	F63.3
<ul style="list-style-type: none"> A. Arrancarse el cabello de forma recurrente, lo que resulta en la caída del cabello. B. Intentos repetidos de disminuir o detener el tirón del cabello. C. Arrancarse el cabello causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento. D. El arrancamiento o la caída del cabello no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., una afección dermatológica). E. El arrancamiento del cabello no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto percibido o una falla en la apariencia del trastorno dismórfico corporal). 	

Características diagnósticas

La característica esencial de la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello) es arrancarse el cabello de forma recurrente (Criterio A). El arrancamiento del cabello puede ocurrir en cualquier región del cuerpo en

qué pelo crece; los sitios más comunes son el cuero cabelludo, las cejas y los párpados, mientras que los sitios menos comunes son las regiones axilar, facial, pélvica y perirrectal. Los sitios de extracción de cabello pueden variar con el tiempo. El arrancamiento del cabello puede ocurrir en breves episodios dispersos a lo largo del día o durante períodos menos frecuentes pero más sostenidos que pueden continuar durante horas, y dicho arrancamiento del cabello puede durar meses o años. El criterio A requiere que arrancarse el cabello provoque la caída del cabello, aunque las personas con este trastorno pueden arrancarse el cabello en un patrón ampliamente distribuido (es decir, arrancarse cabellos individuales de todo un sitio) de modo que la pérdida de cabello puede no ser claramente visible. Además, las personas pueden intentar ocultar o camuflar la caída del cabello (p. ej., usando maquillaje, bufandas o pelucas). Las personas con tricotilomanía han hecho repetidos intentos de disminuir o dejar de arrancarse el pelo (Criterio B). El criterio C indica que arrancarse el cabello causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El término **angustia** incluye los efectos negativos que pueden experimentar las personas que se arrancan el cabello, como sentir una pérdida de control, vergüenza y vergüenza. Puede ocurrir un deterioro significativo en varias áreas diferentes de funcionamiento (p. ej., social, ocupacional, académica y de ocio), en parte debido a la evitación del trabajo, la escuela u otras situaciones públicas.

Funciones asociadas

Arrancarse el cabello puede ir acompañado de una variedad de comportamientos o rituales relacionados con el cabello. Por lo tanto, las personas pueden buscar un tipo particular de cabello para tirar (por ejemplo, cabellos con una textura o color específico), pueden tratar de arrancar el cabello de una manera específica (por ejemplo, para que la raíz salga intacta), o pueden visualmente examinar o manipular el cabello de forma táctil u oral después de halarlo (p. ej., enrollar el cabello entre los dedos, tirar del mechón entre los dientes, morder el cabello en pedazos o tragarse el cabello).

El arrancamiento del cabello también puede estar precedido o acompañado de diversos estados emocionales; puede desencadenarse por sentimientos de ansiedad o aburrimiento, puede estar precedida por una creciente sensación de tensión (ya sea inmediatamente antes de arrancarse el cabello o al intentar resistir el impulso de tirar), o puede conducir a la gratificación, el placer o una sensación de alivio cuando el cabello está

sacado El comportamiento de jalar el cabello puede implicar diversos grados de conciencia, con algunos individuos que muestran una atención más enfocada en el tirón del cabello (con tensión previa y alivio posterior), y otros individuos que muestran un comportamiento más automático (en el que el jalar el cabello parece ocurrir sin total atención). conciencia). Muchas personas reportan una mezcla de ambos estilos de comportamiento. Algunas personas experimentan una sensación de "picazón" u hormigueo en el cuero cabelludo que se alivia con el acto de tirar del cabello.

El dolor no suele acompañar al arrancamiento del cabello.

Los patrones de pérdida de cabello son muy variables. Son comunes las áreas de alopecia completa, así como las áreas de densidad de cabello adelgazado. Cuando el cuero cabelludo está involucrado, puede haber una predilección por arrancar el cabello en la coronilla o en las regiones parietales. Puede haber un patrón de calvicie casi completa excepto por un perímetro estrecho alrededor de los márgenes externos del cuero cabelludo, particularmente en la nuca ("tricotilomanía de la tonsura"). Las cejas y las pestañas pueden estar completamente ausentes.

Los tirones de cabello no suelen ocurrir en presencia de otras personas, excepto los miembros de la familia inmediata. Algunas personas sienten deseos de arrancarles el cabello a otras personas y, a veces, pueden tratar de encontrar oportunidades para hacerlo de manera subrepticia. Algunas personas pueden arrancar pelos de mascotas, muñecas y otros materiales fibrosos (p. ej., suéteres o alfombras). Algunas personas pueden negar que se tiran del cabello a los demás. La mayoría de las personas con tricotilomanía también tienen uno o más comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, como pellizcarse la piel, morderse las uñas y los labios.

Predominio

En la población general, los datos de muestras no representativas de EE. UU. han sugerido que la estimación de prevalencia de 12 meses para la tricotilomanía en adultos y adolescentes puede estar en

el rango de 1% a 2%. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres en muestras clínicas o autoidentificadas, en una proporción estimada de 10:1 o mayor, pero la proporción de género puede estar más cerca de 2:1 en muestras comunitarias. Entre los niños con tricotilomanía, los niños y las niñas tienen una representación más equitativa.

Una encuesta en línea de más de 10 000 adultos de 18 a 69 años de edad, representativa de la población general de los EE. UU., encontró que el 1,7 % se identificó con tricotilomanía actual y que las tasas no diferían significativamente según el género (1,8 % de hombres y 1,7 % de mujeres).

Desarrollo y curso Se pueden

observar tirones de cabello en bebés, y este comportamiento generalmente se resuelve durante el desarrollo temprano. El inicio del arrancamiento del cabello en la tricotilomanía suele coincidir o seguir al inicio de la pubertad. Los sitios de extracción del cabello pueden variar con el tiempo. El curso habitual de la tricotilomanía es crónico, con algunos aumentos y disminuciones si el trastorno no se trata. Los síntomas pueden empeorar en las mujeres antes de la menstruación, pero no de manera constante durante el embarazo. Para algunas personas, el trastorno puede aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años a la vez. Una minoría de personas remite sin una recaída posterior a los pocos años del inicio.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos

Existe evidencia de una vulnerabilidad genética a la tricotilomanía. El trastorno es más común en personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y sus familiares de primer grado que en la población general.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura La tricotilomanía parece manifestarse de manera similar en todas las culturas y etnias, aunque hay escasez de datos de las regiones no occidentales.

Marcadores de diagnóstico

La mayoría de las personas con tricotilomanía admiten que se arrancan el cabello; por lo tanto, rara vez se requiere un diagnóstico dermatopatológico. La biopsia de piel y la dermatoscopia (o tricoscopia) de la tricotilomanía pueden diferenciar el trastorno de otras causas de alopecia. En la tricotilomanía, la dermatoscopia muestra una variedad de rasgos característicos, que incluyen una disminución de la densidad del cabello, vello corto y cabellos rotos con diferentes longitudes de tallo.

Consecuencias funcionales de la tricotilomanía (Cabello Trastorno de tracción)

La tricotilomanía se asocia con angustia, así como con deterioro social y laboral.

Puede haber daños irreversibles en el crecimiento y la calidad del cabello. Las consecuencias médicas poco frecuentes de la tricotilomanía incluyen púrpura digital, lesiones musculoesqueléticas (p. ej., síndrome del túnel carpiano; dolor de espalda, hombros y cuello), blefaritis y daño dental (p. ej., dientes desgastados o rotos como resultado de morderse el cabello). La deglución de cabello (tricofagia) puede provocar tricobezoares, con anemia subsiguiente, dolor abdominal, hematemesis, náuseas y vómitos, obstrucción intestinal e incluso perforación intestinal.

Diagnóstico diferencial

Depilación/manipulación normativa

La tricotilomanía no debe diagnosticarse cuando la depilación se realiza únicamente por razones estéticas (es decir, para mejorar la apariencia física). Muchas personas retuercen y juegan con su cabello, pero este comportamiento generalmente no califica para un diagnóstico de tricotilomanía. Algunas personas pueden morder en lugar de jalar el cabello; nuevamente, esto no califica para un diagnóstico de tricotilomanía.

284

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.

Las personas con TOC y

problemas de simetría pueden arrancarse el vello como parte de sus rituales de simetría, y las personas con trastorno dismórfico corporal pueden eliminar el vello corporal que perciben como feo, asimétrico o anormal; en tales casos no se da un diagnóstico de tricotilomanía.

Trastorno de movimientos estereotipados

El trastorno de movimientos estereotípicos a veces puede implicar un comportamiento de jalar el cabello. Por ejemplo, un niño con un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o un trastorno del espectro autista puede involucrarse en estereotipos de golpearse la cabeza, morderse las manos o los brazos y jalar el cabello cuando está frustrado o enojado y, a veces, cuando está emocionado. Este comportamiento, si es perjudicial, se diagnosticaría como un trastorno de movimientos estereotípicos (cocurrente con un trastorno del desarrollo intelectual o un trastorno del espectro autista) en lugar de tricotilomanía.

Desorden psicotico. Las personas con un trastorno psicótico pueden eliminar el vello en respuesta a un delirio o una alucinación. La tricotilomanía no se diagnostica en tales casos.

Otra condición médica. La tricotilomanía no se diagnostica si el tirón o la caída del cabello se atribuye a otra afección médica (p. ej., inflamación de la piel u otras afecciones dermatológicas). Otras causas de alopecia no cicatricial (no cicatricial) (p. ej., alopecia areata, alopecia androgénica, efluvio telógeno) o cicatricial (cicatricial) (p. ej., lupus eritematoso discoide crónico, liquen plano pilar, alopecia cicatricial central centrífuga, pseudopelada, folliculitis decalvans, folliculitis disecante, acné keloidalis nuchae) debe considerarse en personas con pérdida de cabello que niegan arrancarse el cabello. La biopsia de piel o la dermatoscopia se pueden utilizar para diferenciar a los individuos con tricotilomanía de aquellos con trastornos dermatológicos.

Trastornos relacionados con sustancias Ciertas sustancias, por ejemplo, estimulantes, pueden exacerbar los síntomas del arrancamiento del cabello, pero es menos probable que las sustancias sean la causa principal del arrancamiento persistente del cabello.

Comorbilidad La

tricotilomanía a menudo se acompaña de otros trastornos mentales, más comúnmente el trastorno depresivo mayor y el trastorno de excoriación (pellizcado de la piel). En la mayoría de las personas con tricotilomanía se presentan síntomas repetitivos centrados en el cuerpo distintos de arrancarse el pelo o pellizcarse la piel (p. ej., morderse las uñas) y pueden merecer un diagnóstico adicional de otro trastorno obsesivo-compulsivo específico y relacionado (es decir, otro comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo). trastorno).

Trastorno de excoriación (pellizcado de la piel)

Criterios de diagnóstico

F42.4

- A. Pellizcado recurrente de la piel que produce lesiones cutáneas.
- B. Intentos repetidos de disminuir o detener el rascado de la piel.

- C. El pellizco en la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El rascado de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).
- E. El rascado de la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto percibido o una falla en la apariencia en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias en el trastorno de movimientos estereotípicos o intención dañarse a uno mismo en autolesiones no suicidas).

285

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de excoriación (pellizcado de la piel) es el rascado recurrente de la propia piel (Criterio A). Los sitios elegidos con mayor frecuencia son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas eligen entre varios sitios del cuerpo. Las personas pueden rascarse la piel sana, las irregularidades menores de la piel, las lesiones como granos o callosidades, o las costras de raspaduras anteriores. La mayoría de las personas se rascan con las uñas, aunque muchas usan pinzas, alfileres u otros objetos. Además de pellizcar la piel, se puede frotar, apretar, pinchar y morder la piel. Las personas con el trastorno de excoriación a menudo dedican una cantidad significativa de tiempo a su comportamiento de pellizco, a veces varias horas al día, y tal pellizco en la piel puede durar meses o años. El criterio A requiere que el rascado de la piel provoque lesiones cutáneas, aunque las personas con este trastorno a menudo intentan ocultar o camuflar tales lesiones (p. ej., con maquillaje o ropa). Las personas con trastorno de excoriación han hecho repetidos intentos de disminuir o detener el rascado de la piel (Criterio B).

El criterio C indica que el rascado de la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El término **angustia** incluye afectos negativos que pueden ser

que experimentan las personas que se pellizcan la piel, como sentir una pérdida de control, vergüenza y vergüenza. Puede ocurrir un deterioro significativo en varias áreas diferentes de funcionamiento (p. ej., social, ocupacional, académica y de ocio), en parte debido a la evitación de situaciones sociales.

Funciones asociadas

El rascado de la piel puede ir acompañado de una variedad de comportamientos o rituales relacionados con la piel o las costras. Por lo tanto, los individuos pueden buscar un tipo particular de costra para arrancarse y pueden examinar, jugar con ella, o tragarse la piel después de que ha sido arrancada. El rascado de la piel también puede estar precedido o acompañado de varios estados emocionales. El rascado de la piel puede ser desencadenado por sentimientos de ansiedad o aburrimiento, puede estar precedido por una creciente sensación de tensión (ya sea inmediatamente antes de rascarse la piel o al intentar resistir el impulso de rascarse la piel) y puede conducir a la gratificación, el placer o una sensación de alivio cuando se ha arrancado la piel o la costra. Algunas personas informan que se pellizcan en respuesta a una irregularidad menor en la piel o para aliviar una sensación corporal incómoda. No se informa rutinariamente que el dolor acompañe al rascado de la piel. Algunas personas se pellizcan la piel de forma más concentrada (es decir, con tensión anterior y alivio posterior), mientras que otras se pellizcan de forma más automática (p. ej., cuando se pellizca la piel sin tensión previa y sin plena conciencia), y muchos tienen una combinación de ambos estilos de comportamiento. El rascado de la piel generalmente no ocurre en presencia de otras personas, excepto los miembros de la familia inmediata. Algunas personas informan que hurgan en la piel de otros.

Predominio

Una encuesta en línea de más de 10 000 adultos, de 18 a 69 años de edad, emparejados por edad y sexo con la población de EE. UU., encontró que el 2,1 % se identificó con un trastorno de excoriación actual y el 3,1 % informó un trastorno de excoriación de por vida. Tres cuartas partes o más de las personas con el trastorno son mujeres en muestras comunitarias.

Desarrollo y Curso

Aunque las personas con trastorno de excoriación pueden presentarse a distintas edades, el rascado de la piel suele aparecer durante la adolescencia, y suele coincidir con el inicio de la pubertad o seguirlo. Con frecuencia, el trastorno comienza con una afección dermatológica, como el acné. Los sitios de pellizcarse la piel pueden variar con el tiempo. El curso habitual es crónico, con algunos aumentos y disminuciones si no se trata. Para algunas personas, el trastorno puede aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años a la vez.

286

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. Existe evidencia de una vulnerabilidad genética al trastorno de excoriación. El trastorno es más común en personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y sus familiares de primer grado que en la población general.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Hay datos limitados sobre la prevalencia y las características clínicas del trastorno de excoriación en todas las culturas. Sin embargo, las características clínicas parecen similares en estudios de individuos en los Estados Unidos y otros países.

Marcadores de diagnóstico

La mayoría de las personas con trastorno de excoriación admiten que se rascan la piel; por lo tanto, rara vez se requiere un diagnóstico dermatopatológico. Sin embargo, el trastorno puede tener rasgos característicos en la histopatología.

Consecuencias funcionales de la excoriación (picadura de la piel) Trastorno

El trastorno de excoriación se asocia con deterioro social y laboral.

La mayoría de las personas con esta afección pasan al menos 1 hora al día picando, pensando en picar y resistiendo las ganas de picar. Muchas personas informan que evitan eventos sociales o de entretenimiento, así como salir en público. La mayoría de las personas con el trastorno también informan que experimentan interferencias en el trabajo al pellizcarse la piel al menos una vez al día o al menos una vez al día.

semanalmente. Una proporción significativa de estudiantes con trastorno de excoriación informa haber faltado a la escuela, haber experimentado dificultades para manejar las responsabilidades en la escuela o haber tenido dificultades para estudiar debido a la punción cutánea. Las complicaciones médicas de la extracción de la piel incluyen daños en los tejidos, cicatrices e infecciones y pueden poner en peligro la vida. En raras ocasiones, se ha informado sinovitis de las muñecas como resultado de un pellizco crónico. El rascado de la piel a menudo resulta en un daño significativo en los tejidos y cicatrices. Con frecuencia requiere tratamiento antibiótico para la infección, y en ocasiones puede requerir cirugía.

Diagnóstico diferencial

Desorden psicótico. El rascado de la piel puede ocurrir en respuesta a un delirio (es decir, parasitosis) o una alucinación táctil (es decir, hormigueo) en un trastorno psicótico. En tales casos, no se debe diagnosticar el trastorno de excoriación.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Excesivo las compulsiones de lavarse en respuesta a las obsesiones de contaminación en personas con TOC pueden provocar lesiones en la piel, y las personas con trastorno dismórfico corporal pueden rascarse la piel debido a problemas de apariencia; en tales casos, no se debe diagnosticar el trastorno de excoriación. La descripción de otro trastorno de comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo en otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado excluye a las personas cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno de excoriación.

Trastornos del neurodesarrollo. Si bien el trastorno de movimientos estereotípicos puede caracterizarse por un comportamiento repetitivo de autolesión, el inicio es en el período de desarrollo temprano. Por ejemplo, las personas con la afección neurogenética del síndrome de Prader-Willi pueden tener una aparición temprana de pellizcos en la piel y sus síntomas pueden cumplir los criterios del trastorno del movimiento estereotípico. Si bien los tics en las personas con el trastorno de Tourette pueden provocar autolesiones, el comportamiento no es similar al de los tics en el trastorno de excoriación.

Artefactos de dermatitis. Dermatitis artefacta (también conocida como "dermatitis ficticia") es un término utilizado en dermatología para referirse a lesiones cutáneas médicaamente inexplicables, presumiblemente autoinducidas, en las que el individuo niega cualquier participación en su creación. Casos en los que existe prueba de engaño en el

La parte del individuo con respecto a las lesiones de la piel puede diagnosticarse como simulación (si el rascado de la piel está motivado por incentivos externos) o trastorno ficticio (si el rascado de la piel ocurre en ausencia de recompensas externas obvias). En ausencia de engaño, el trastorno de excoriación se puede diagnosticar si hay intentos repetidos de disminuir o detener el rascado de la piel.

Otros trastornos. El trastorno de excoriación no se diagnostica si el rascado de la piel se atribuye principalmente a la intención de hacerse daño que es característica de las autolesiones no suicidas.

Otras condiciones médicas. El trastorno de excoriación no se diagnostica si el rascado de la piel se atribuye principalmente a otra afección médica. Por ejemplo, la sarna es una afección dermatológica invariablemente asociada con picazón y rascado severos. Sin embargo, el trastorno de excoriación puede ser precipitado o exacerbado por una afección dermatológica subyacente. Por ejemplo, el acné puede llevar a rascarse y pellizcarse, lo que también puede estar asociado con un trastorno de excoriación comórbido (el llamado acné excoriée).

La diferenciación entre estas dos situaciones clínicas (acné con algo de rascado y rascado versus acne con trastorno de excoriación comórbido) requiere una evaluación de la medida en que el rascado de la piel del individuo se ha vuelto independiente de la afección dermatológica subyacente.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Ciertas sustancias (p. ej., cocaína) también pueden inducir síntomas de excoriación, en cuyo caso no se debe diagnosticar un trastorno de excoriación. Si tal rascado en la piel es clínicamente significativo, entonces se debe considerar un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

Comorbilidad El

trastorno de excoriación suele ir acompañado de otros trastornos mentales. Dichos trastornos incluyen el TOC y la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello), así como el trastorno depresivo mayor. La comorbilidad de la depresión parece ser más frecuente en mujeres. Los síntomas repetitivos centrados en el cuerpo que no sean pellizcarse la piel y tirar del cabello (p. ej., morderse las uñas) ocurren en muchas personas con trastorno de excoriación y pueden merecer un diagnóstico adicional de otro trastorno obsesivo-compulsivo específico y relacionado (es decir, otro trastorno de comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo) .

Obsesivo inducido por sustancias/medicamentos

Trastorno compulsivo y relacionado

Criterios de diagnóstico

- A. En el cuadro clínico predominan las obsesiones, compulsiones, pellizcarse la piel, arrancarse el pelo, otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo u otros síntomas característicos de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.
- B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Los síntomas en el Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento .
 - 2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas del Criterio A.

288

- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno obsesivo compulsivo y relacionado que no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno obsesivo-compulsivo independiente y relacionado podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado independiente (~~que no se explican por sustancias/episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos~~).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse además de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia.

En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1" y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias. trastorno relacionado (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno obsesivo compulsivo y relacionado inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]". trastorno", según la gravedad del trastorno comórbido por uso de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después de un uso intenso de la sustancia por única vez), entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por la sustancia.

CIE-10-CM

	Con trastorno por consumo leve	con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.188	F15.288	15.988 F
Cocaína	F14.188	F14.288	F14.988
Otra sustancia (o desconocida)	F19.188	F19.288	F19.988

Especifique (vea la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia dada; o **especifique** “con inicio después del uso del medicamento ”): **Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

289

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de la medicación: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la suspensión de la medicación.

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína) que se supone que está causando los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados.

El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de droga y la presencia o ausencia de un trastorno por consumo de sustancias comórbido. Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., ropinirol), el código para "otra sustancia (o desconocida)" debe ser

usó; y en los casos en que se juzgue que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se debe usar el mismo código.

Para registrar el nombre del trastorno, el trastorno por uso de sustancias comórbido (si lo hay) se enumera primero, seguido de “con trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos” (incorporando el nombre de la sustancia/medicamento etiológico específico), seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del uso de la medicación). Por ejemplo, en el caso de pellizcarse la piel repetitivamente durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.288 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno obsesivo-compulsivo inducido por cocaína y relacionado, con inicio durante la intoxicación. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno por consumo de cocaína grave comórbido. Si el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias ocurre sin un trastorno concomitante por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso único de la sustancia), no se observa ningún trastorno por consumo de sustancias acompañante (p. ej., F15.988 trastorno obsesivo inducido por anfetaminas). -trastorno compulsivo y relacionado, con inicio durante la intoxicación). Cuando se juzga que más de una sustancia juega un papel importante en el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado, cada una debe enumerarse por separado.

Características de diagnóstico

Las características esenciales del trastorno obsesivo compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos son síntomas destacados de un trastorno obsesivo compulsivo y relacionado (Criterio A) que se consideran atribuibles a los efectos de una sustancia (p. ej., droga de abuso, medicación).

Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento o toxina, y la sustancia/medicamento debe ser capaz de producir los síntomas (Criterio B). Los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento recetado para un trastorno mental u otra afección médica deben comenzar mientras la persona recibe el medicamento. Una vez que se interrumpe el tratamiento, los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado generalmente mejorarán o remitirán en unos días para

semanas (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y la presencia de abstinencia). El diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos no debe realizarse si el inicio de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados precede al uso de la sustancia/medicamento, o si los síntomas persisten durante un período considerable de tiempo, generalmente más prolongado, de 1 mes, desde el momento de la intoxicación severa o abstinencia. El diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado relacionado inducido por sustancias/medicamentos debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

290

Funciones asociadas

Las obsesiones, las compulsiones, los tirones de cabello, los rasguños en la piel u otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo pueden ocurrir en asociación con la intoxicación con las siguientes clases de sustancias: estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias (o desconocidas). Los metales pesados y las toxinas también pueden causar síntomas de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.

Predominio

En la población general de EE. UU., los datos muy limitados que están disponibles indican que el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos es muy raro.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias.

Los síntomas del trastorno

obsesivo-compulsivo y relacionados pueden ocurrir en el contexto de la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias. El diagnóstico de intoxicación por sustancia específica o de abstinencia por sustancia específica suele ser suficiente para categorizar la presentación de los síntomas. Se debe hacer un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, ya sea con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias si el

Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados se consideran superiores a los que suelen asociarse con la intoxicación o la abstinencia y son lo suficientemente graves como para merecer atención clínica.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado (es decir, no inducido por una sustancia)

El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado primario considerando el inicio, el curso y otros factores con respecto a las sustancias/medicamentos. Para las drogas de abuso, debe haber evidencia del historial, examen físico o hallazgos de laboratorio para uso o intoxicación. El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos surge solo en asociación con la intoxicación, mientras que un trastorno obsesivo-compulsivo primario y relacionado puede preceder al inicio del uso de sustancias/medicamentos. La presencia de características que son atípicas de un trastorno obsesivo-compulsivo primario y relacionado, como la edad atípica al inicio de los síntomas, puede sugerir una etiología inducida por sustancias. Se justifica un diagnóstico primario de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado si los síntomas persisten durante un período considerable (alrededor de 1 mes o más) después del final de la intoxicación por sustancias o si el individuo tiene antecedentes de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra condición médica. Si los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados son atribuibles a otra condición médica (es decir, en lugar de la medicación tomada para la otra condición médica), se debe diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra condición médica. La historia a menudo proporciona la base para el juicio. A veces, puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la otra afección médica (p. ej., sustitución o interrupción del medicamento) para determinar si el medicamento es el agente causal (en cuyo caso, los síntomas pueden explicarse mejor por la obsesión inducida por la sustancia o el medicamento). trastorno compulsivo y relacionado). Si el trastorno es atribuible tanto a otra afección médica como al consumo de sustancias, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica y trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay evidencia suficiente para determinar si los síntomas son atribuibles a una sustancia/medicamento o a otra condición médica o si son primarios (es decir, no atribuibles ni a un

sustancia/medicamento ni otra afección médica), estaría indicado un diagnóstico de otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado o no especificado.

291

Delirio. Si los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado ocurren exclusivamente durante el curso del delirio, se consideran una característica asociada del delirio y no se diagnostican por separado.

Obsesivo-Compulsivo y Relacionados Trastorno debido a otra condición médica

Criterios de diagnóstico

F06.8

- A. En el cuadro clínico predominan las obsesiones, las compulsiones, las preocupaciones por la apariencia, el acaparamiento, el pellizcarse la piel, arrancarse el cabello, otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado.
- B. Hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La perturbación no se explica mejor por otra mental trastorno.
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con síntomas similares al trastorno obsesivo-compulsivo: si los síntomas similares al trastorno obsesivo-compulsivo predominan en la presentación clínica.

Con preocupaciones por la apariencia: si en la presentación clínica predomina la preocupación por los defectos o imperfecciones percibidos por la apariencia.

Con síntomas de acumulación: Si la acumulación predomina en la presentación clínica.

Con síntomas de arrancamiento del cabello: Si en la presentación clínica predomina el arrancamiento del cabello.

Con síntomas de rascado en la piel: Si el rascado en la piel predomina en la presentación clínica.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.8 trastorno obsesivo compulsivo y relacionado debido a infarto cerebral). La otra afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a la afección médica (p. ej., I69.398 infarto cerebral; F06.8 trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a infarto cerebral).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica son los síntomas obsesivo-compulsivos y afines clínicamente significativos que se consideran mejor explicados como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. Los síntomas pueden incluir obsesiones prominentes, compulsiones, preocupaciones por la apariencia, acaparamiento, tirones de cabello, pellizcos de la piel u otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo (Criterio A). El juicio de que los síntomas se explican mejor por la afección médica asociada debe basarse en la evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio (Criterio B).

Además, debe juzgarse que los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio C). El diagnóstico no se realiza si el

los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados ocurren sólo durante el curso de un delirio (Criterio D). Los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E).

292

Para determinar si los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados son atribuibles a otra condición médica, una condición médica debe estar presente en el momento del inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. Además, debe establecerse que los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados pueden estar etiológicamente relacionados con la condición médica a través de un mecanismo fisiopatológico y que esto explica mejor los síntomas en el individuo. Aunque no existen pautas infalibles para determinar si la relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados y la condición médica es etiológica, las consideraciones que pueden proporcionar alguna orientación para hacer este diagnóstico incluyen la presencia de una clara asociación temporal entre el inicio, la exacerbación, o remisión de la condición médica y los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados; la presencia de características que son atípicas de un trastorno obsesivo-compulsivo primario y relacionado (p. ej., edad atípica de inicio o evolución); y evidencia en la literatura de que un mecanismo fisiológico conocido (p. ej., daño estriatal debido a un infarto cerebral) causa síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. Además, la alteración no puede explicarse mejor por un trastorno obsesivo-compulsivo primario y relacionado, un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, u otro trastorno mental.

Se ha prestado considerable atención a la cuestión de si los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados pueden atribuirse a la infección por estreptococos del grupo A. La corea de Sydenham es la manifestación neurológica de la fiebre reumática, que a su vez se debe a una infección por estreptococos del grupo A. La corea de Sydenham se caracteriza por una combinación de síntomas motores y no motores. Las características no motoras incluyen obsesiones, compulsiones, déficit de atención y labilidad emocional. Aunque las personas con corea de Sydenham pueden presentar características no neuropsiquiátricas de fiebre reumática aguda, como carditis y artritis, pu-

presente con síntomas similares al trastorno obsesivo-compulsivo; tales individuos deben ser diagnosticados con un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra condición médica.

Los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (PANDAS) se han identificado como otro trastorno autoinmune posinfeccioso caracterizado por la aparición repentina de obsesiones, compulsiones y/o tics acompañados de una variedad de síntomas neuropsiquiátricos agudos en ausencia de corea, carditis o artritis, después de una infección por estreptococos del grupo A. Sin embargo, dado que tales síntomas de inicio agudo pueden deberse a una variedad de otras infecciones o agresiones, se ha utilizado el término **síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico** (PANS).

Los PANS se caracterizan por la aparición brusca y dramática de síntomas obsesivo-compulsivos o una ingesta de alimentos gravemente restringida, junto con una variedad de síntomas neuropsiquiátricos adicionales. Las pautas de evaluación para este síndrome están disponibles.

Funciones asociadas

Se sabe que una serie de otras condiciones médicas incluyen síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados como manifestación. Los ejemplos incluyen trastornos que conducen a daños en el cuerpo estriado, como infarto cerebral o trastorno de Huntington.

Desarrollo y curso El desarrollo y curso del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra condición médica generalmente sigue el curso de la enfermedad subyacente.

Marcadores de diagnóstico

Las evaluaciones de laboratorio y/o los exámenes médicos son necesarios para confirmar el diagnóstico de otra afección médica.

Diagnóstico diferencial

Delirio. No se da un diagnóstico separado de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica si se produce el trastorno.

exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a

293

se puede dar otra condición médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor (demencia) si se considera que la etiología de los síntomas obsesivo-compulsivos es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa la demencia y si los síntomas obsesivo-compulsivos son una parte prominente de la presentación clínica.

Presentación mixta de síntomas (p. ej., estado de ánimo y síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados) que se consideran debidos a otra afección médica.

Si la presentación incluye una combinación de diferentes tipos de síntomas, el trastorno mental específico debido a otra afección médica depende de qué síntomas predominen en el cuadro clínico.

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos.

hay evidencia de uso reciente o prolongado de sustancias (incluidos medicamentos con efectos psicoactivos), abstinencia de una sustancia o exposición a una toxina, se debe considerar un trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias/medicamentos y relacionado. Cuando se diagnostica un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos en relación con las drogas de abuso, puede ser útil obtener una prueba de detección de drogas en orina o sangre u otra evaluación de laboratorio apropiada. Los síntomas que ocurren durante o poco después (es decir, dentro de las 4 semanas posteriores) a la intoxicación o abstinencia de sustancias o después del uso de medicamentos pueden ser especialmente indicativos de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, según el tipo, la duración o la cantidad. de la sustancia utilizada.

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (primario). El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica debe distinguirse de un trastorno obsesivo-compulsivo primario y relacionado. En los trastornos mentales primarios, no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con una condición médica.

Los síntomas de inicio agudo, la edad de inicio tardía o los síntomas atípicos sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad por enfermedad.

El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por una preocupación por tener o adquirir una enfermedad grave. En el caso del trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas pueden o no tener condiciones médicas diagnosticadas.

Característica asociada de otro trastorno mental. Obsesivo compulsivo y los síntomas relacionados pueden ser una característica asociada de otro trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, anorexia nerviosa).

Otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado o trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado no especificado.

Estos diagnósticos se dan si no está claro si los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados son primarios, inducidos por sustancias o se deben a otra afección médica.

Otro obsesivo-compulsivo especificado y Trastorno relacionado

F42.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en el Clase diagnóstica de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.

La categoría de otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado específico. Esto se hace registrando “otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado” seguido de la razón específica (p. ej., “celos obsesivos”).

294

Los ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes:

1. **Trastorno similar al dismórfico corporal con defectos reales:** es similar al trastorno dismórfico corporal excepto que los defectos o defectos en la apariencia física son claramente observables por otros (es decir, son más notorios que "leves"). En tales casos, la preocupación por estos defectos es claramente excesiva y causa un deterioro o angustia significativos.
2. **Trastorno de tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetitivos:** Presentaciones que cumplen con el trastorno dismórfico corporal excepto que el individuo nunca ha realizado comportamientos repetitivos o actos mentales en respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.
3. **Otro trastorno de comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo:** Presentaciones que implican comportamientos repetitivos recurrentes centrados en el cuerpo distintos de tirar del cabello y pellizcar la piel (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, masticarse las mejillas) que van acompañados de intentos repetidos de disminuir o detener los comportamientos y que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
4. **Celos obsesivos:** se caracteriza por una preocupación no delirante por la percepción de infidelidad de la pareja. Las preocupaciones pueden conducir a comportamientos repetitivos o actos mentales en respuesta a las preocupaciones de infidelidad; causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento; y no se explican mejor por otro trastorno mental como el trastorno delirante, tipo celoso o trastorno de personalidad paranoide.
5. **Trastorno de referencia olfativa (síndrome de referencia olfativa):** se caracteriza por la preocupación persistente del individuo con la creencia de que emite un olor corporal fétido u ofensivo que es imperceptible o apenas perceptible para los demás; En respuesta a esta preocupación, estos individuos a menudo se involucran en comportamientos repetitivos y excesivos, como verificar repetidamente el olor corporal, ducharse demasiado o buscar tranquilidad, así como intentos excesivos de camuflar el olor percibido. Estos síntomas

causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento. En la psiquiatría japonesa tradicional, este trastorno se conoce como ***jikoshu-kyofu***, una variante de ***taijin kyofusho*** (ver “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III).

6. ***Shubo-kyofu***: una variante del ***taijin kyofusho*** (ver “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III) que es similar al trastorno dismórfico corporal y se caracteriza por un miedo excesivo a tener una deformidad corporal.
7. ***Koro***: relacionado con ***el síndrome dhat*** (ver “Cultivo y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III), un episodio de ansiedad repentina e intensa de que el pene en los hombres (o la vulva y los pezones en las mujeres) retrocedan dentro del cuerpo, lo que posiblemente provoque la muerte.

obsesivo-compulsivo no especificado y Trastorno relacionado

F42.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la Clase diagnóstica de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. La categoría de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige ***no*** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer una diagnóstico más específico (p. ej., en la sala de urgencias).

Relacionado con el trauma y el estrés Trastornos

Los trastornos relacionados con el trauma y el estrés incluyen trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante se enumera explícitamente como un criterio de diagnóstico. Estos incluyen el trastorno de apego reactivo, el trastorno de compromiso social desinhibido, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo, los trastornos de adaptación y el trastorno de duelo prolongado. La ubicación de este capítulo refleja la estrecha relación entre estos diagnósticos y trastornos en los capítulos circundantes sobre trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, y trastornos disociativos.

La angustia psicológica que sigue a la exposición a un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunos casos, los síntomas pueden entenderse bien dentro de un contexto basado en la ansiedad o el miedo. Está claro, sin embargo, que muchas personas que han estado expuestas a un evento traumático o estresante exhiben un fenotipo en el que, más que síntomas basados en la ansiedad o el miedo, las características clínicas más prominentes son síntomas anhedónicos y disfóricos, que exteriorizan síntomas de ira y agresividad. síntomas o síntomas disociativos. Debido a estas expresiones variables de angustia clínica después de la exposición a eventos catastróficos o aversivos, los trastornos antes mencionados se agrupan en una categoría separada: **trastornos relacionados con traumas y factores estresantes**. Además, no es raro que el cuadro clínico incluya alguna combinación de los síntomas anteriores (con o sin síntomas basados en la ansiedad o el miedo). Este cuadro heterogéneo también se ha reconocido durante mucho tiempo en los trastornos de adaptación. El abandono social, es decir, la ausencia de cuidados adecuados durante la infancia, es un requisito diagnóstico tanto del trastorno de apego reactivo como del trastorno de compromiso social desinhibido. Aunque los

el primero se expresa como un trastorno internalizante con síntomas depresivos y comportamiento retraído, mientras que el segundo se caracteriza por desinhibición y comportamiento externalizante. Finalmente, se ha reconocido durante mucho tiempo que, si bien el duelo, la desesperación y la disforia general pueden ser parte del proceso normal de duelo después de la muerte de un ser querido, la expresión de tales emociones es a veces anormalmente excesiva en duración y/o intensidad. El diagnóstico de trastorno por duelo prolongado se ha introducido en este capítulo para abordar esta preocupación clínica.

Trastorno reactivo de la vinculación

Criterios de diagnóstico

F94.1

- A. Un patrón constante de comportamiento inhibido y retraído emocionalmente hacia los adultos que lo cuidan, manifestado por los dos siguientes: 1. El niño rara vez o mínimamente busca consuelo cuando afligido.
 - 2. El niño rara vez o mínimamente responde a la comodidad cuando afligido.
- B. Un trastorno social y emocional persistente caracterizado por al menos dos de los siguientes: 1. Respuesta social y emocional mínima a los demás.
 - 2. Afecto positivo limitado.
 - 3. Episodios de irritabilidad, tristeza o temor inexplicables que son evidentes incluso durante interacciones no amenazantes con los cuidadores adultos.
- C. El niño ha experimentado un patrón de extremos de cuidado insuficiente como lo demuestra al menos uno de los siguientes:

1. Negligencia social o privación en forma de falta persistente de tener necesidades emocionales básicas de consuelo, estimulación y afecto satisfechas por los adultos que los cuidan.
 2. Cambios repetidos de cuidadores primarios que limitan las oportunidades de formar vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en el cuidado de crianza).
 3. Crianza en ambientes inusuales que limitan severamente las oportunidades para formar lazos selectivos (p. ej., instituciones con altas proporciones de niños por cuidador).
- D. Se presume que la atención en el Criterio C es responsable de la alteración del comportamiento en el Criterio A (p. ej., las alteraciones en el Criterio A comenzaron después de la falta de atención adecuada en el Criterio C).
- E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista.
- F. La alteración es evidente antes de los 5 años.
- G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar

si: **Persistente:** El trastorno ha estado presente por más de 12 meses.

Especifique la gravedad

actual: el trastorno reactivo del apego se especifica como **grave** cuando un niño presenta todos los síntomas del trastorno, y cada síntoma se manifiesta en niveles relativamente altos.

Características diagnósticas

El trastorno de apego reactivo se caracteriza por un patrón de conductas de apego marcadamente perturbadas e inapropiadas para el desarrollo, en las que un niño rara vez o mínimamente recurre preferentemente a una figura de apego en busca de consuelo, apoyo, protección y cuidado. La característica esencial es el apego ausente o muy poco desarrollado entre el niño y los supuestos adultos que lo cuidan. Se cree que los niños con trastorno reactivo del apego tienen la capacidad de formar vínculos selectivos. Sin embargo,

debido a las oportunidades limitadas durante el desarrollo temprano, no logran mostrar las manifestaciones conductuales de los apegos selectivos. Es decir, cuando están angustiados, no muestran ningún esfuerzo constante para obtener consuelo, apoyo, cariño o protección de los cuidadores. Además, cuando están angustiados, los niños con este trastorno no responden más que mínimamente a los esfuerzos reconfortantes de los cuidadores. Por lo tanto, el trastorno se asocia con la ausencia de la búsqueda de comodidad esperada y la respuesta a las conductas de consuelo.

Como tal, los niños con trastorno reactivo del apego muestran una expresión disminuida o ausente de emociones positivas durante las interacciones de rutina con los cuidadores. Además, su capacidad de regulación emocional se ve comprometida y muestran episodios de emociones negativas de miedo, tristeza o irritabilidad que no se explican fácilmente. No se debe hacer un diagnóstico de trastorno de apego reactivo en niños que son incapaces de formar vínculos selectivos desde el punto de vista del desarrollo. Por esta razón, el niño debe tener una edad de desarrollo de al menos 9 meses. La evaluación diagnóstica se ve reforzada por múltiples fuentes de entrada, lo que respalda que los síntomas son evidentes

a través de contextos.

Funciones asociadas

Debido a la asociación etiológica compartida con la negligencia social, el trastorno reactivo del apego a menudo se presenta junto con retrasos en el desarrollo, especialmente en los retrasos en la cognición y el lenguaje. Otras características asociadas incluyen estereotipias y otros signos de negligencia severa (p. ej., desnutrición o signos de atención deficiente).

297

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno reactivo del apego, pero el trastorno se observa relativamente raramente en entornos clínicos. El trastorno se ha encontrado en niños pequeños expuestos a negligencia severa antes de ser colocados en hogares de crianza o criados en instituciones. El trastorno es poco común, por lo general ocurre en menos del 10% de los niños descuidados, incluso en casos de negligencia grave.

Desarrollo y Curso

Las condiciones de abandono social suelen estar presentes en los primeros meses de vida de los niños diagnosticados con trastorno reactivo del apego, incluso antes de que se diagnostique el trastorno. Las características clínicas del trastorno se manifiestan de manera similar entre las edades de 9 meses y 5 años. Es decir, los signos de comportamientos de apego ausente o mínimo y los comportamientos emocionalmente aberrantes asociados son evidentes en los niños de este rango de edad, aunque las diferentes habilidades cognitivas y motoras pueden afectar la forma en que se expresan estos comportamientos. La remediación y la recuperación sintomática pueden ocurrir a través de entornos normativos de cuidado; sin embargo, en ausencia de cuidados mejorados, los signos del trastorno pueden persistir, al menos durante varios años. Los signos persistentes del trastorno reactivo del apego en la adolescencia temprana pueden estar asociados con problemas en el funcionamiento social. Se sabe menos sobre la presentación clínica del trastorno reactivo del apego en niños mayores, y el diagnóstico debe hacerse con precaución en niños mayores de 5 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La negligencia social grave es un requisito diagnóstico para el trastorno reactivo del apego y también es el único factor de riesgo conocido para el trastorno. Sin embargo, la mayoría de los niños severamente desatendidos no desarrollan el trastorno. El pronóstico de los niños con este trastorno parece depender de la calidad del entorno de cuidado después de una negligencia grave.

Problemas de diagnóstico relacionados con

la cultura Hay información limitada sobre el comportamiento de apego reactivo en niños pequeños de diversos orígenes culturales en todo el mundo. Las expectativas culturales de los comportamientos de apego y las prácticas de cuidado pueden influir en el desarrollo y la preocupación por estos patrones de comportamiento y sus presentaciones en diferentes entornos. Se debe tener precaución al hacer el diagnóstico de trastorno reactivo del apego en contextos culturales en los que no se ha estudiado el apego. Los síntomas del trastorno de apego reactivo pueden ser más comunes en situaciones en las que las figuras de apego han experimentado un trauma extenso, como en zonas de guerra; los estilos de apego también pueden variar entre los niños migrantes y refugiados durante el reasentamiento.

periodo. Las variaciones en las prácticas de cuidado cariñoso y sensible pueden influir en el riesgo de trastorno reactivo del apego.

Consecuencias funcionales del apego reactivo Trastorno

El trastorno reactivo del apego afecta significativamente las habilidades de los niños pequeños para relacionarse interpersonalmente con adultos o compañeros y se asocia con deterioro funcional en muchos dominios de la primera infancia.

Diagnóstico diferencial

Desorden del espectro autista. Los comportamientos sociales aberrantes se manifiestan en niños pequeños con trastorno reactivo del apego, pero también son características clave del trastorno del espectro autista. Específicamente, los niños pequeños con cualquiera de las dos condiciones pueden manifestar disminución de la expresión de emociones positivas, retrasos cognitivos y del lenguaje y deficiencias en la reciprocidad social. Como resultado, el trastorno reactivo del apego debe diferenciarse del trastorno del espectro autista.

Estas

298

Se pueden distinguir dos trastornos basados en historias diferenciales de negligencia y en la presencia de intereses restringidos o comportamientos ritualizados, déficit específico en la comunicación social y comportamientos de apego selectivo.

Los niños con trastorno reactivo del apego han experimentado un historial de negligencia social severa, aunque no siempre es posible obtener historias detalladas sobre la naturaleza precisa de sus experiencias, especialmente en las evaluaciones iniciales. Los niños con trastorno del espectro autista rara vez tendrán un historial de negligencia social. Los intereses restringidos y los comportamientos repetitivos característicos del trastorno del espectro autista no son una característica del trastorno reactivo del apego. Estas características clínicas se manifiestan como adherencia excesiva a rituales y rutinas; intereses restringidos y fijos; y reacciones sensoriales inusuales. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los niños con cualquiera de las dos condiciones pueden exhibir comportamientos estereotipados, como mecerse o aletear.

Los niños con cualquiera de los dos trastornos también pueden exhibir una variedad de funciones intelectuales, pero solo los niños con trastorno del espectro autista exhiben

deficiencias selectivas en los comportamientos de comunicación social, como la comunicación intencional (es decir, deficiencia en la comunicación que es deliberada, dirigida a un objetivo y destinada a influir en el comportamiento del receptor). Los niños con trastorno reactivo del apego muestran un funcionamiento comunicativo social comparable a su nivel general de funcionamiento intelectual. Finalmente, los niños con trastorno del espectro autista muestran regularmente un comportamiento de apego típico para su nivel de desarrollo. Por el contrario, los niños con trastorno reactivo del apego lo hacen rara vez o de manera inconsistente, si es que lo hacen. Las observaciones estructuradas pueden ayudar a discriminar entre los dos trastornos.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) Los retrasos en el desarrollo a menudo acompañan al trastorno reactivo del apego, pero no deben confundirse con el trastorno. Los niños con trastorno del desarrollo intelectual deben exhibir habilidades sociales y emocionales comparables a sus habilidades cognitivas y no demostrar la profunda reducción del afecto positivo y las dificultades de regulación de las emociones evidentes en los niños con trastorno reactivo del apego. Además, los niños con retraso en el desarrollo que han alcanzado una edad cognitiva de 7 a 9 meses deben demostrar apego selectivo independientemente de su edad cronológica. Por el contrario, los niños con trastorno reactivo del apego muestran una falta de apego preferido a pesar de haber alcanzado una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Trastornos depresivos. La depresión en los niños pequeños también se asocia con reducciones en el afecto positivo. Sin embargo, existe evidencia limitada que sugiere que los niños con trastornos depresivos tienen deficiencias en el apego. Es decir, los niños pequeños que han sido diagnosticados con trastornos depresivos aún deben buscar y responder a los esfuerzos de consuelo de los cuidadores.

Comorbilidad Las

condiciones asociadas con la negligencia, incluidos los retrasos cognitivos, los retrasos en el lenguaje y las estereotipias, a menudo coexisten con el trastorno reactivo del apego. Las condiciones médicas, como la desnutrición severa, pueden acompañar a los signos del trastorno. Los síntomas de internalización también pueden coexistir con el trastorno reactivo del apego. Se ha sugerido una relación entre el trastorno reactivo del apego y los problemas de conducta externalizados o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), pero no se ha establecido claramente.

Trastorno de compromiso social desinhibido

Criterios de diagnóstico

F94.2

A. Un patrón de comportamiento en el que un niño se acerca e interactúa activamente con adultos desconocidos y exhibe al menos dos de los siguientes: 1. Reticencia reducida o ausente para acercarse y

interactuando con adultos desconocidos.

2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no es consistente con los límites sociales culturalmente sancionados y apropiados para la edad).

299

3. Disminución o ausencia de verificación con el cuidador adulto después de aventurarse, incluso en entornos desconocidos.

4. Voluntad de irse con un adulto desconocido con mínima o ninguna vacilación.

B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad), sino que incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

C. El niño ha experimentado un patrón de extremos de cuidado insuficiente como lo demuestra al menos uno de los siguientes: 1. Negligencia o privación social en forma de falta persistente de tener necesidades emocionales básicas de consuelo, estimulación y afecto satisfechas por el cuidado. adultos

2. Cambios repetidos de cuidadores primarios que limitan las oportunidades de formar vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en el cuidado de crianza).

3. Criar en ambientes inusuales que limitan severamente las oportunidades para formar vínculos selectivos (p. ej.,

instituciones con altas proporciones de niños por cuidador).

- D. Se presume que la atención del Criterio C es responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comenzaron después de la atención patogénica del Criterio C).
- E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar

si: **Persistente:** El trastorno ha estado presente por más de 12 meses.

Especifique la gravedad

actual: el trastorno de compromiso social desinhibido se especifica como **grave** cuando el niño presenta todos los síntomas del trastorno, y cada síntoma se manifiesta en niveles relativamente altos.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de participación social desinhibida es un patrón de comportamiento que implica un comportamiento demasiado familiar culturalmente inapropiado con relativamente extraños (Criterio A). Este comportamiento demasiado familiar viola los límites sociales de la cultura. No se debe realizar un diagnóstico de trastorno de compromiso social desinhibido antes de que los niños sean capaces de formar vínculos selectivos desde el punto de vista del desarrollo. Por esta razón, el niño debe tener una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Funciones asociadas

Debido a la asociación etiológica compartida con la negligencia social, el trastorno de compromiso social desinhibido puede coexistir con retrasos en el desarrollo, especialmente retrasos cognitivos y del lenguaje, estereotipias y otros signos de negligencia grave, como desnutrición o atención deficiente. Sin embargo, los signos del trastorno a menudo persisten incluso después de que estos otros signos de negligencia ya no estén presentes. Por lo tanto, no es raro que los niños con el trastorno se presenten sin signos actuales de negligencia. Además, la condición puede presentarse en niños que no muestran signos de apego desordenado. Por lo tanto, el trastorno de compromiso social desinhibido puede verse en niños con una

antecedentes de negligencia que carecen de vínculos o cuyos vínculos con sus cuidadores van desde perturbados hasta seguros.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno de compromiso social desinhibido. Sin embargo, el trastorno parece ser raro y ocurre en una minoría de niños, incluso en aquellos que han experimentado privaciones tempranas graves. En poblaciones comunitarias de bajos ingresos en el Reino Unido, la prevalencia es de hasta el 2%.

300

Desarrollo y curso Las condiciones

de negligencia social a menudo están presentes en los primeros meses de vida de los niños diagnosticados con trastorno de compromiso social desinhibido, incluso antes de que se diagnostique el trastorno. Como lo señala la investigación entre niños con antecedentes de cuidado institucional, si el abandono ocurre temprano y aparecen signos del trastorno, las características clínicas del trastorno son moderadamente estables con el tiempo, particularmente si persisten las condiciones de abandono.

Se han descrito signos de trastorno de compromiso social desinhibido desde el segundo año de vida hasta la adolescencia entre niños criados en entornos institucionales, e incluso en la edad adulta temprana. Existen algunas diferencias en las manifestaciones del trastorno desde la primera infancia hasta edades más avanzadas. En las edades más tempranas, en muchas culturas, los niños suelen mostrar reticencia cuando interactúan con extraños, lo cual no es patológico, incluso si se criaron en instituciones y hogares de guarda. Los niños pequeños con el trastorno, sin embargo, no muestran reticencia a acercarse y se relacionan e incluso acompañan a adultos desconocidos sin dudarlo, como lo demuestra la investigación entre niños con antecedentes de atención institucionalizada.

En los niños en edad preescolar criados en entornos institucionales en el Reino Unido o los Estados Unidos, la intrusión verbal y social parecía más prominente, a menudo acompañada de un comportamiento de búsqueda de atención; Los niños en edad preescolar criados en entornos institucionales en varios países han mostrado un patrón de contacto físico con extraños. El exceso de familiaridad verbal y física continuó durante la infancia media,

a veces acompañado de expresiones de emoción inauténticas. En la adolescencia, el comportamiento indiscriminado puede extenderse a los compañeros. En relación con los adolescentes sanos, los adolescentes con el trastorno tienen relaciones con compañeros más "superficiales" y más conflictos entre compañeros. Las manifestaciones adultas del trastorno parecen ser similares, pero pueden incluir una autorrevelación excesiva y una conciencia reducida de los extraños.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Existe cierta evidencia de investigaciones con adoptados internacionales en los Estados Unidos de que tanto la sensibilidad a la recompensa atenuada como la disminución del control inhibitorio están asociadas con un comportamiento social indiscriminado.

Ambiental. La negligencia social grave es un requisito diagnóstico para el trastorno de compromiso social desinhibido. La justificación de este requisito incluye investigaciones que encuentran una fuerte asociación entre la negligencia y las características del trastorno. También se han implicado otros factores, como las interrupciones en la ubicación múltiple, el trastorno límite de la personalidad en la madre y los comportamientos de cuidado aberrantes y la baja calidad de la atención. Todo ello contribuye al criterio de atención insuficiente. Aún así, la mayoría de los niños gravemente abandonados no desarrollan el trastorno. El trastorno no se ha identificado en niños que experimentan negligencia social solo después de los 2 años.

El pronóstico solo se asocia modestamente con la calidad del entorno de cuidado después de una negligencia grave. En muchos casos, el trastorno persiste, incluso en niños cuyo entorno de cuidado mejora notablemente.

Genético y fisiológico. Varios factores neurobiológicos se han asociado con los síntomas del trastorno, pero los hallazgos sobre la naturaleza de dichos factores y su vínculo específico con el trastorno siguen siendo preliminares.

Modificadores de curso. La calidad del cuidado parece moderar el curso del trastorno de compromiso social desinhibido, al menos en los niños pequeños.

Sin embargo, incluso después de la colocación en entornos normativos de cuidado, algunos niños muestran signos persistentes del trastorno durante la adolescencia y la edad adulta.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Existe información intercultural limitada sobre el trastorno de compromiso social desinhibido. Las expectativas culturales de los comportamientos sociales de los niños pueden afectar su nivel de desinhibición

301

hacia los extraños. La ausencia de reticencia que es característica del trastorno de compromiso social desinhibido debe exceder los valores culturalmente aceptados. normas

Consecuencias funcionales del trastorno de compromiso social desinhibido El trastorno de compromiso social desinhibido afecta significativamente las habilidades de los niños pequeños para relacionarse interpersonalmente con adultos y compañeros. Tanto el funcionamiento social general como la competencia social pueden verse afectados, junto con un mayor riesgo de conflictos entre compañeros y victimización.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los niños con trastorno de participación social desinhibida se pueden distinguir de aquellos con TDAH acompañado de impulsividad social, ya que los primeros no presentan dificultades de atención ni hiperactividad.

Comorbilidad Las

condiciones asociadas con la negligencia, incluidos los retrasos cognitivos, los retrasos en el lenguaje y las estereotipias, pueden coexistir con el trastorno de compromiso social desinhibido. El trastorno del espectro autista también puede coexistir. En los niños más pequeños y en la niñez intermedia, el trastorno de compromiso social desinhibido a menudo ocurre junto con el TDAH y los trastornos de externalización; se ha propuesto que esta coocurrencia se relaciona con alteraciones comunes en el control inhibitorio cognitivo.

Trastorno de estrés postraumático

Criterios de diagnóstico

F43.10

Trastorno de estrés postraumático en mayores de 6 años

Años

Nota: Los siguientes criterios se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños de 6 años y menores, consulte los criterios correspondientes a continuación.

- A. Exposición a la muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual en una (o más) de las siguientes formas: 1. Experimentar directamente los eventos traumáticos.
2. Ser testigo, en persona, del evento o eventos tal como ocurrieron otros.
3. Enterarse de que los eventos traumáticos le ocurrieron a un familiar cercano o amigo cercano. En los casos de muerte real o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento debe haber sido violento o accidental.
4. Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos de los eventos traumáticos (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles de abuso infantil).

Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o imágenes, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

- B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión asociados con los eventos traumáticos, comenzando después de que ocurrieron los eventos traumáticos: 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los eventos traumáticos. .

Nota: En niños mayores de 6 años, pueden ocurrir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del evento(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el/los evento(s) traumático(s).

Nota: En los niños, puede haber sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si los eventos traumáticos fueran recurrentes. (Tales reacciones pueden ocurrir en un continuo, siendo la expresión más extrema una pérdida total de conciencia del entorno actual).

Nota: en los niños, la recreación específica del trauma puede ocurrir en el juego.

4. Angustia psicológica intensa o prolongada ante la exposición a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto de los eventos traumáticos.

5. Reacciones fisiológicas marcadas a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto de los eventos traumáticos.

C. Evitación persistente de estímulos asociados con los eventos traumáticos, comenzando después de que ocurrieron los eventos traumáticos, como lo demuestra uno o ambos de los siguientes: 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiantes sobre o estrechamente asociado con el evento(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de los eventos traumáticos o estrechamente asociados con ellos.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociadas con el (los) evento (s) traumático (s), que comienzan o empeoran después del

evento(s) traumático(s) ocurrido(s), como lo demuestran dos (o más) de los siguientes: 1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento(s) traumático(s) (típicamente debido a amnesia disociativa y no a otros factores como lesión en la cabeza, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Soy malo", "No se puede confiar en nadie", "El mundo es completamente peligroso", "Todo mi sistema nervioso está arruinado permanentemente").
3. Cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o las consecuencias de los eventos traumáticos que llevan al individuo a culparse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).
5. Interés o participación marcadamente disminuidos en actividades.
6. Sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p. ej., incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).

E. Alteraciones marcadas en la excitación y la reactividad asociadas con los eventos traumáticos, que comienzan o empeoran después de que ocurrieron los eventos traumáticos, como lo demuestran dos (o más) de los siguientes: 1. Comportamiento irritable y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresada como agresión verbal o física hacia personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o permanecer dormido o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a 1 mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

303

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicación, alcohol) u otra afección médica.

Especifique si:

Con síntomas disociativos: los síntomas del individuo cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al estresor, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de cualquiera de los siguientes: 1. **Despersonalización:** experiencias persistentes o recurrentes de sentirse separado y como si uno fuera un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si estuviera en un sueño; sentir una sensación de irreabilidad del yo o del cuerpo o del tiempo moviéndose lentamente).

2. **Desrealización:** experiencias persistentes o recurrentes de irreabilidad del entorno (p. ej., el mundo que rodea al individuo se experimenta como irreal, onírico, distante o distorsionado).

Nota: para usar este subtipo, los síntomas disociativos no deben atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos, comportamiento durante la intoxicación por alcohol) u otra afección médica (p. ej., convulsiones parciales complejas).

Especificar si:

Con expresión tardía: Si no se cumplen todos los criterios diagnósticos hasta al menos 6 meses después del evento (aunque la aparición y expresión de algunos síntomas puede ser inmediata).

Trastorno de estrés postraumático en niños de 6 años y más joven

- A. En niños de 6 años o menos, exposición a muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual en una (o más) de las siguientes formas: 1. Experiencia directa de los eventos traumáticos.
2. Ser testigo, en persona, de los eventos tal como les ocurrieron a otros, especialmente a los cuidadores principales.
3. Saber que los eventos traumáticos le ocurrieron a uno de los padres o figura cuidadora.
- B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión asociados con los eventos traumáticos, comenzando después de que ocurrieron los eventos traumáticos: 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los eventos traumáticos. .

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no parecer necesariamente angustiosos y pueden expresarse como una recreación del juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el/los evento(s) traumático(s).

Nota: Puede que no sea posible determinar si el contenido aterrador está relacionado con el evento traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si los sucesos traumáticos fueran recurrentes. (Tales reacciones pueden ocurrir en un continuo, siendo la expresión más extrema la pérdida total de la conciencia del entorno presente). Tal recreación específica del trauma puede ocurrir en el juego.

4. Angustia psicológica intensa o prolongada ante la exposición a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto de los eventos traumáticos.
5. Reacciones fisiológicas marcadas a los recordatorios del evento(s) traumático(s).

C. Uno (o más) de los siguientes síntomas, que representan la evitación persistente de los estímulos asociados con el (los) evento(s) traumático(s) o alteraciones negativas en las cogniciones y

304

el estado de ánimo asociado con el (los) evento (s) traumático (s), debe estar presente, comenzando después del (los) evento (s) o empeorando después del (los) evento (s):

Evitación persistente de estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despierten recuerdos del evento traumático.
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despierten recuerdos del evento traumático.

Alteraciones negativas en las cogniciones 3.

Aumento sustancial de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).

4. Interés o participación marcadamente disminuidos en actividades significativas, incluida la restricción del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente en la expresión de emociones positivas.

D. Alteraciones en la excitación y la reactividad asociadas con los eventos traumáticos, que comienzan o empeoran después de que ocurrieron los eventos traumáticos, como lo demuestran dos (o más) de los siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresados como agresión verbal o física hacia personas u objetos (incluyendo rabietas extremas).
 2. Hipervigilancia.
 3. Respuesta de sobresalto exagerada.
 4. Problemas de concentración.
 5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o permanecer dormido o sueño inquieto).
- E. La duración de la perturbación es superior a 1 mes.
- F. La perturbación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las relaciones con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores o con el comportamiento escolar.
- G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamentos o alcohol) u otra condición médica.

Especifique si: Con

síntomas disociativos: los síntomas del individuo cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de cualquiera de los siguientes: 1.

Despersonalización: experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desconectado y como si uno fuera un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si estuviera en un sueño; sentir una sensación de irreabilidad del yo o del cuerpo o del tiempo moviéndose lentamente).

2. **Desrealización:** experiencias persistentes o recurrentes de irreabilidad del entorno (p. ej., el mundo que rodea al individuo se experimenta como irreal, onírico, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia.

(p. ej., desmayos) u otra afección médica (p. ej., convulsiones parciales complejas).

Especificar

si: **Con expresión tardía:** Si no se cumplen todos los criterios diagnósticos hasta al menos 6 meses después del evento (aunque la aparición y expresión de algunos síntomas puede ser inmediata).

305

Características de

diagnóstico La característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas característicos después de la exposición a uno o más eventos traumáticos. La presentación clínica del PTSD varía. En algunos individuos, pueden predominar los síntomas emocionales y conductuales de reexperimentación basados en el miedo. En otros, los estados anímicos anhedónicos o disfóricos y las cogniciones negativas pueden ser más prominentes. En algunos otros individuos, los síntomas de excitación y externalización reactiva son prominentes, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Finalmente, algunas personas exhiben combinaciones de estos patrones de síntomas.

La siguiente discusión de criterios específicos para PTSD se refiere a criterios específicos para adultos; los criterios para niños de 6 años o menos pueden diferir en la numeración de criterios dadas las diferencias en los criterios aplicables para este grupo de edad.

Todos los eventos traumáticos en el Criterio A involucran muerte real o amenaza, lesiones graves o violencia sexual de alguna manera, pero difieren en cómo el individuo está expuesto a ellos, que puede ser a través de experimentar directamente el evento traumático (Criterio A1), presenciando en persona el evento tal como le ocurrió a otros (Criterio A2), saber que el evento le ocurrió a un miembro de la familia o a un amigo cercano (Criterio A3), o la exposición indirecta en el curso de las tareas laborales, al estar expuesto a detalles grotescos de un evento (Criterio A4). El trastorno puede ser especialmente grave o de larga duración cuando el factor estresante es interpersonal e intencional (p. ej., tortura, violencia sexual).

Los eventos traumáticos experimentados directamente en el Criterio A incluyen, pero no se limitan a, exposición a la guerra como combatiente o civil, agresión física real o amenazada en la que la amenaza se percibe como inminente y realista (p. ej., ataque físico, robo, atraco, abuso físico infantil), ser secuestrado, ser tomado como rehén, ataque terrorista, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra, desastres naturales o provocados por el hombre y accidentes automovilísticos graves.

El trauma sexual incluye, pero no se limita a, violencia o coerción sexual real o amenazada (p. ej., penetración sexual forzada; penetración sexual no consentida facilitada por alcohol/drogas; otro contacto sexual no deseado; y otras experiencias sexuales no deseadas que no implican contacto, como ser forzado ver pornografía, exposición a la exhibición de genitales por parte de un exhibicionista, o ser víctima de fotografías o grabaciones de video no deseadas de naturaleza sexual o la difusión no deseada de estas fotografías o videos).

Ser intimidado puede calificar como una experiencia del Criterio A1 cuando existe una amenaza creíble de daño grave o violencia sexual. Para los niños, los eventos sexualmente violentos pueden incluir experiencias sexuales inapropiadas para el desarrollo sin violencia física o lesiones.

Una enfermedad que amenaza la vida o una condición médica debilitante no necesariamente se considera un evento traumático. Los eventos que califican de este tipo incluyen emergencias médicas que amenazan la vida (p. ej., un infarto agudo de miocardio, shock anafiláctico) o un evento particular en el tratamiento que evoca sentimientos catastróficos de terror, dolor, impotencia o muerte inminente (p. ej., despertar durante la cirugía, desbridamiento de quemaduras graves, cardioversión de emergencia).

Los eventos presenciados (Criterio A2) incluyen, pero no se limitan a, observación de amenazas o lesiones graves, muerte no natural, abuso físico o sexual de otra persona debido a una agresión violenta, violencia doméstica, accidente, guerra o desastre. Por ejemplo, esto incluiría a los padres que son testigos de un incidente grave que pone en peligro la vida de su hijo (p. ej., un accidente de buceo) o una catástrofe médica durante el curso de la enfermedad o el tratamiento en curso de su hijo (p. ej., una hemorragia que amenaza la vida).

La exposición indirecta a través del conocimiento de un evento (Criterio A3) se limita a eventos que afectaron a parientes cercanos o amigos que fueron violentos o accidentales (es decir, la muerte por causas naturales no califica). Tales eventos

incluyen asesinato, agresión personal violenta, combate, ataque terrorista, violencia sexual, suicidio y lesiones o accidentes graves.

La exposición indirecta de los profesionales a los efectos grotescos de la guerra, la violación, el genocidio o la violencia abusiva infligida a otros que ocurren en el contexto de sus deberes laborales también puede resultar en TEPT y, por lo tanto, se considera un trauma calificativo (Criterio A4). Ejemplos

306

incluyen socorristas expuestos a lesiones graves o la muerte y personal militar que recolecta restos humanos. La exposición indirecta también puede ocurrir a través de fotos, videos, relatos verbales o relatos escritos (p. ej., oficiales de policía que revisan informes de delitos o realizan entrevistas con víctimas de delitos, operadores de drones, miembros de los medios de comunicación que cubren eventos traumáticos y psicoterapeutas expuestos a detalles de su experiencias traumáticas de los pacientes).

La exposición a múltiples eventos traumáticos es común y puede tomar muchas formas. Algunas personas experimentan diferentes tipos de eventos traumáticos en diferentes momentos (p. ej., violencia sexual durante la infancia y desastres naturales en la edad adulta). Otros experimentan el mismo tipo de evento traumático en diferentes momentos o en una serie cometida por la misma persona o personas durante un período prolongado (p. ej., agresión física o sexual infantil; agresión física o sexual por parte de una pareja íntima). Otros pueden experimentar numerosos eventos traumáticos que son iguales o diferentes durante un período peligroso prolongado, como el despliegue o vivir en una zona de conflicto. Cuando se evalúan los criterios de PTSD en individuos que han experimentado múltiples eventos traumáticos a lo largo de sus vidas, puede ser útil determinar si hay un ejemplo específico y discreto que el individuo considere peor dado que las expresiones sintomáticas del Criterio B de PTSD y el Criterio C se refiere específicamente al evento traumático (p. ej., recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático). Sin embargo, si es difícil para el individuo identificar el peor ejemplo, es apropiado considerar que toda la exposición cumple el Criterio A. Además, algunos eventos discretos pueden incorporar varios tipos de eventos traumáticos (p. incidente sufre una lesión grave, testigos

alguien más resulta herido y luego se entera de que un miembro de la familia murió en el incidente).

El evento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Comúnmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento (Criterio B1). Los recuerdos intrusivos en el PTSD se distinguen de la rumiación depresiva en que se aplican solo a los recuerdos angustiosos involuntarios e intrusivos. El énfasis está en los recuerdos recurrentes del evento que generalmente incluyen componentes intrusivos, vívidos, sensoriales y emocionales que son angustiosos y no meramente rumiantes. Un síntoma común de reexperimentación son los sueños angustiosos que reproducen el evento en sí o que son representativos o están relacionados temáticamente con las principales amenazas involucradas en el evento traumático (Criterio B2). El individuo puede experimentar estados disociativos que típicamente duran unos pocos segundos y rara vez son de mayor duración, durante los cuales se reviven componentes del evento y el individuo se comporta como si el evento estuviera ocurriendo en ese momento (Criterio B3). Dichos eventos ocurren en un continuo, que va desde breves intrusiones visuales o sensoriales sobre una parte del evento traumático sin pérdida de la orientación de la realidad hasta una pérdida parcial de la conciencia del entorno actual y una pérdida completa de la conciencia. Estos episodios, a menudo denominados "flashbacks", suelen ser breves, pero pueden estar asociados con una angustia prolongada y una mayor excitación. Para los niños pequeños, la recreación de eventos relacionados con el trauma puede expresarse conductualmente en el juego o en estados disociativos. La angustia psicológica intensa (Criterio B4) o la reactividad fisiológica (Criterio B5) a menudo ocurren cuando el individuo está expuesto a eventos desencadenantes o reacciones somáticas que se asemejan o simbolizan un aspecto del evento traumático (p. ej., días ventosos después de un huracán, ver a alguien que se parece perpetrador). La señal desencadenante también podría ser una sensación física (p. ej., mareos para los sobrevivientes de un traumatismo craneal, latidos cardíacos rápidos para un niño previamente traumatizado), particularmente para personas con presentaciones altamente sensibles.

Los estímulos asociados con el trauma se evitan persistentemente. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar pensamientos, recuerdos o sentimientos (p. ej., utilizando técnicas de distracción o supresión, incluido el uso de sustancias, para evitar recordatorios internos) (Criterio C1), y para evitar actividades, conversaciones, objetos, situaciones o personas que despiertan recuerdos de ella (Criterio C2).

Las alteraciones negativas en las cogniciones o el estado de ánimo asociadas con el evento traumático comienzan o empeoran después de la exposición al evento. Estas alteraciones negativas pueden tomar varias formas, incluida la incapacidad para recordar aspectos clave y emocionalmente dolorosos del evento traumático.

307

evento. Esta pérdida de memoria suele atribuirse a amnesia disociativa y no a traumatismo craneoencefálico o alteración de la codificación de la memoria debido al consumo de drogas o alcohol (Criterio D1). Las personas con PTSD a menudo informan que el evento traumático ha alterado irrevocablemente sus vidas y su visión del mundo. Se caracteriza por creencias y expectativas negativas persistentes y exageradas con respecto a aspectos importantes de la vida que se aplican a ellos mismos, a los demás, al mundo o al futuro (Criterio D2) (p. ej., "Siempre me pasarán cosas malas"; "El mundo es peligroso , y nunca podré estar adecuadamente protegido"; "No puedo volver a confiar en nadie nunca más"; "Mi vida está permanentemente arruinada"; "He perdido toda posibilidad de felicidad futura"; "Mi vida se verá truncada"). Los individuos con PTSD pueden tener cogniciones erróneas persistentes sobre las causas del evento traumático que los llevan a culparse a sí mismos o a otros (p. ej., "Es mi culpa que mi tío abusara de mí") (Criterio D3). Un estado de ánimo negativo persistente (p. ej., miedo, disforia, horror, ira, culpa, vergüenza) comenzó o empeoró después de la exposición al evento (Criterio D4). El individuo puede experimentar una marcada disminución del interés o la participación en actividades que antes disfrutaba (Criterio D5), puede sentirse separado o extraño de otras personas (Criterio D6), o puede experimentar una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (especialmente felicidad, alegría, satisfacción o alegría). emociones asociadas a la intimidad, la ternura y la sexualidad) (Criterio D7).

Las alteraciones negativas en la excitación y la reactividad también comienzan o empeoran después de la exposición al evento. Las personas con PTSD pueden exhibir un comportamiento irritable o enojado y pueden involucrarse en un comportamiento físico o verbal agresivo con poca o ninguna provocación (p. ej., gritarle a la gente, meterse en peleas, destruir objetos) (Criterio E1). También pueden involucrarse voluntariamente en un comportamiento imprudente o autodestructivo que sea peligroso, que demuestre un desprecio por la seguridad física de ellos mismos o de otros, y que podría resultar directamente en daños físicos graves o la muerte (Criterio E2). Ejemplos

incluyen, pero no se limitan a, conducción peligrosa (p. ej., conducción en estado de ebriedad, conducción a velocidades peligrosamente altas), consumo excesivo de alcohol o drogas, relaciones sexuales de riesgo (p. ej., relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estado serológico respecto del VIH se desconoce, alto número de relaciones sexuales parejas) o violencia autoinfligida, incluidas las conductas suicidas. El criterio E2 no incluye circunstancias en las que las personas deban participar en situaciones peligrosas como parte de su trabajo (p. ej., miembros de las fuerzas armadas en situaciones de combate o socorristas en situaciones de emergencia) y tomar precauciones de seguridad razonables para reducir su riesgo o cuando las personas participen en situaciones de peligro. comportamientos que pueden ser imprudentes, poco saludables o financieramente perjudiciales pero que no representan un riesgo directo de daño físico grave inmediato o muerte (p. ej., juego patológico, malas decisiones financieras, atracones de comida, estilos de vida poco saludables). El PTSD a menudo se caracteriza por una mayor vigilancia de amenazas potenciales, incluidas aquellas que están relacionadas con la experiencia traumática (p. ej., después de un accidente automovilístico, ser especialmente sensible a la amenaza potencialmente causada por automóviles o camiones) y aquellas que no están relacionadas con la experiencia traumática. (p. ej., tener miedo de sufrir un infarto) (Criterio E3). Las personas con PTSD pueden ser muy reactivas a los estímulos inesperados, mostrando una respuesta de sobresalto intensificada, o nerviosismo, a los ruidos fuertes o movimientos inesperados (p. ej., saltando marcadamente en respuesta al timbre de un teléfono) (Criterio E4). Las respuestas de sobresalto son involuntarias y reflejas (automáticas, instantáneas), y los estímulos que provocan respuestas de sobresalto exageradas (Criterio E4) no necesitan estar relacionados en absoluto con el evento traumático. Las respuestas de sobresalto se distinguen de las respuestas de excitación fisiológica con claves en el Criterio B5, para las cuales debe haber al menos cierto nivel de evaluación consciente de que el estímulo que produce las respuestas fisiológicas está relacionado con el trauma. Las dificultades de concentración, incluida la dificultad para recordar eventos diarios (p. ej., olvidar el número de teléfono propio) o prestar atención a tareas enfocadas (p. ej., seguir una conversación durante un período de tiempo sostenido), son comúnmente reportadas (Criterio E5). Los problemas con el inicio y el mantenimiento del sueño son comunes y pueden estar asociados con pesadillas y problemas de seguridad o con un despertar elevado generalizado.

El diagnóstico de TEPT requiere que la duración de los síntomas de los Criterios B, C, D y E sea superior a 1 mes (Criterio F). Para un diagnóstico actual de PTSD, los Criterios B, C, D y E deben cumplirse durante más de 1 mes, al menos durante el último mes. Para toda la vida

diagnóstico de PTSD, debe haber un período de tiempo que dure más de 1 mes durante el cual se hayan cumplido todos los Criterios B, C, D y E durante el mismo período de tiempo de 1 mes.

Un subgrupo significativo de personas con PTSD experimentan síntomas disociativos persistentes de despersonalización (desapego de sus cuerpos) o desrealización (desapego del mundo que los rodea). Esto se puede indicar utilizando el especificador "con síntomas disociativos".

Funciones asociadas

Puede ocurrir una regresión del desarrollo, como la pérdida del lenguaje en los niños pequeños. Pueden presentarse seudoalucinaciones auditivas, como tener la experiencia sensorial de escuchar los propios pensamientos expresados en una o más voces diferentes, así como ideación paranoica. Después de eventos traumáticos prolongados, repetidos y severos (p. ej., abuso infantil, tortura), el individuo puede experimentar además dificultades para regular las emociones o mantener relaciones interpersonales estables, o síntomas disociativos.

Cuando el evento traumático implica la muerte violenta de alguien con quien el individuo tenía una relación cercana, pueden presentarse síntomas tanto de trastorno de duelo prolongado como de PTSD.

Predominio

La estimación de la prevalencia nacional de por vida para el PTSD utilizando los criterios del DSM-IV es del 6,8% para los adultos de EE. UU. La prevalencia de por vida para los adolescentes estadounidenses que utilizan los criterios del DSM-IV ha oscilado entre el 5,0 % y el 8,1 % y una prevalencia de los últimos 6 meses del 4,9 % para los adolescentes. Si bien no se dispone de datos completos y definitivos basados en la población utilizando el DSM-5, los hallazgos están comenzando a surgir. En dos estudios epidemiológicos nacionales de EE. UU., las estimaciones de prevalencia de TEPT del DSM-5 a lo largo de la vida oscilaron entre el 6,1 % y el 8,3 %, y la estimación de prevalencia nacional de 12 meses del DSM-5 fue del 4,7 % en ambos estudios. Las estimaciones nacionales de TEPT de por vida del DSM-IV de las Encuestas Mundiales de Salud Mental en 24 países variaron sustancialmente entre países, grupos de países de ingresos y regiones de la OMS, pero fue del 3,9% en general. En las poblaciones afectadas por conflictos en todo el mundo, la prevalencia puntual del TEPT con

el deterioro funcional es del 11% después del ajuste por las diferencias de edad entre los estudios.

Las tasas de PTSD son más altas entre los veteranos y otras personas cuya vocación aumenta el riesgo de exposición traumática (p. ej., policía, bomberos, personal médico de emergencia). Las tasas más altas (que oscilan entre un tercio y más de la mitad de las personas expuestas) se encuentran entre los sobrevivientes de violación, combate militar y cautiverio, e internamiento y genocidio por motivos étnicos o políticos. La prevalencia del PTSD puede variar a lo largo del desarrollo; los niños y adolescentes, incluidos los niños en edad preescolar, generalmente han mostrado una menor prevalencia después de la exposición a eventos traumáticos graves; sin embargo, esto puede deberse a que los criterios anteriores no estaban suficientemente informados sobre el desarrollo. Las diferencias raciales, según los datos del DSM-IV, muestran tasas más altas de PTSD entre los latinos estadounidenses, los afroamericanos y los indios americanos en comparación con los blancos. Las posibles razones de estas variaciones de prevalencia incluyen diferencias en los factores que predisponen o facilitan, como la exposición a la adversidad pasada y el racismo y la discriminación, y en la disponibilidad o calidad del tratamiento, el apoyo social, el nivel socioeconómico y otros recursos sociales que facilitan la recuperación y se confunden con antecedentes étnicos y racializados.

Desarrollo y Curso El PTSD puede

ocurrir a cualquier edad, comenzando después del primer año de vida. Los síntomas generalmente comienzan dentro de los primeros 3 meses después del trauma, aunque puede haber un retraso de meses, o incluso años, antes de que se cumplan todos los criterios para el diagnóstico. Existe abundante evidencia de lo que el DSM-IV denominó “inicio tardío”, pero que ahora se denomina “expresión tardía”, con el reconocimiento de que algunos síntomas suelen aparecer de inmediato y que el retraso se debe a que se cumplen todos los criterios.

Con frecuencia, la reacción de un individuo a un trauma inicialmente cumple con los criterios para un trastorno de estrés agudo inmediatamente después del trauma. Los síntomas del PTSD y el

el predominio relativo de diferentes síntomas puede variar con el tiempo. La duración de los síntomas también varía, con una recuperación completa dentro de los 3 meses en aproximadamente la mitad de los adultos, mientras que algunas personas permanecen sintomáticas durante más de 12 meses y, a veces, durante más de 50 años. La recurrencia e intensificación de los síntomas puede ocurrir en respuesta a recordatorios del trauma original, factores estresantes de la vida en curso o eventos traumáticos experimentados recientemente.

La expresión clínica de la reexperimentación puede variar a lo largo del desarrollo. Las variaciones del desarrollo en la expresión clínica informan el uso de diferentes criterios en niños de 6 años o menos y en personas mayores. Los niños pequeños pueden informar sobre el nuevo inicio de sueños aterradores sin contenido específico para el evento traumático. Los niños de 6 años y menores pueden desarrollar PTSD como resultado de abuso emocional severo (p. ej., amenaza de abandono), que puede percibirse como una amenaza para la vida. Durante el tratamiento de enfermedades potencialmente mortales (p. ej., cáncer, trasplante de órganos sólidos), la experiencia de los niños pequeños sobre la gravedad e intensidad del tratamiento puede contribuir al riesgo de desarrollar síntomas de estrés postraumático; la autoevaluación de la amenaza también puede contribuir al riesgo de desarrollar síntomas de estrés postraumático en los adolescentes. Antes de los 6 años, es más probable que los niños pequeños expresen la reexperimentación de los síntomas a través de juegos que se refieran directa o simbólicamente al trauma (consulte los criterios de TEPT para niños de 6 años y menores). Es posible que no manifiesten reacciones de miedo en el momento de la exposición o durante la reexperimentación. Los padres pueden informar una amplia gama de cambios emocionales o de comportamiento en los niños pequeños. Los niños pueden enfocarse en intervenciones imaginadas en su juego o narración de cuentos. Además de la evitación, los niños pueden preocuparse. Debido a las limitaciones de los niños pequeños para expresar pensamientos o etiquetar emociones, las alteraciones negativas en el estado de ánimo o la cognición tienden a implicar principalmente cambios de humor. Los niños pueden experimentar traumas concurrentes (p. ej., abuso físico, presenciar violencia doméstica) y, en circunstancias crónicas, es posible que no puedan identificar el inicio de la sintomatología. El comportamiento de evitación puede estar asociado con el juego restringido o el comportamiento exploratorio en niños pequeños; reducción de la participación en nuevas actividades en niños en edad escolar; o renuencia a buscar oportunidades de desarrollo en adolescentes (p. ej., citas, conducir). Los niños mayores y los adolescentes pueden juzgarse a sí mismos como cobardes. Los adolescentes pueden albergar creencias de ser

cambiado de manera que los hace socialmente indeseables y los aleja de sus compañeros y pierde aspiraciones para el futuro. El comportamiento irritable o agresivo en niños y adolescentes puede interferir con las relaciones con los compañeros y el comportamiento escolar. El comportamiento imprudente puede provocar lesiones accidentales a uno mismo o a otros, búsqueda de emociones fuertes o comportamientos de alto riesgo. En personas mayores, el trastorno se asocia con percepciones negativas de salud, utilización de atención primaria y pensamientos suicidas. Además, el deterioro de la salud, el empeoramiento del funcionamiento cognitivo y el aislamiento social pueden exacerbar los síntomas del TEPT.

Factores de **riesgo y pronóstico** Los factores

de riesgo para el PTSD pueden operar de muchas maneras, incluso predisponiendo a las personas al trauma o a respuestas emocionales extremas cuando se exponen a eventos traumáticos. Los factores de riesgo (y de protección) generalmente se dividen en factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos.

Factores pretraumáticos

Temperamental. Los factores de alto riesgo incluyen problemas emocionales infantiles a los 6 años (p. ej., problemas de externalización o de ansiedad) y trastornos mentales previos (p. ej., trastorno de pánico, trastorno depresivo, PTSD o trastorno obsesivo compulsivo [TOC]). Las diferencias individuales en la personalidad premórbida pueden influir en la trayectoria de respuesta al trauma y los resultados del tratamiento. Los rasgos de personalidad asociados con las respuestas emocionales negativas, como el estado de ánimo deprimido y la ansiedad, representan factores de riesgo para el desarrollo del PTSD. Tales rasgos pueden ser capturados en medidas de afectividad negativa (neuroticismo) en

310

escalas estandarizadas de personalidad. El rasgo de impulsividad premórbido tiende a asociarse con manifestaciones externalizantes del TEPT y comorbilidades del espectro externalizante, incluido el trastorno por uso de sustancias o el comportamiento agresivo.

Ambiental.

Como se ha documentado entre los civiles y veteranos de los EE. UU., estos factores de riesgo incluyen un nivel socioeconómico más bajo; educación inferior; exposición

a un trauma previo (especialmente durante la niñez); adversidad infantil (p. ej., privación económica, disfunción familiar, separación o muerte de los padres); menor inteligencia; discriminación étnica y racismo; y antecedentes psiquiátricos familiares. El apoyo social antes de la exposición al evento es protector.

Genético y fisiológico. Se ha demostrado que el riesgo de desarrollar TEPT después de una exposición traumática es modestamente hereditario en estudios de gemelos y estudios moleculares. Los datos de asociación de todo el genoma de una gran cohorte multiétnica respaldan la heredabilidad del PTSD y demuestran tres loci robustos significativos en todo el genoma que varían según la ascendencia geográfica. La susceptibilidad al PTSD también puede estar influenciada por factores epigenéticos. Los datos de asociación de todo el genoma de los veteranos estadounidenses identifican ocho regiones significativas en los estadounidenses de ascendencia europea asociadas con síntomas intrusivos de PTSD que vuelven a experimentar; los datos del Reino Unido también respaldan estas asociaciones.

Factores peritraumáticos

Ambiental. Estos incluyen la gravedad (dosis) del trauma, la percepción de amenaza a la vida, lesiones personales, violencia interpersonal (particularmente trauma perpetrado por un cuidador o que involucre una amenaza presenciada a un cuidador de niños) y, para el personal militar, ser un perpetrador, presenciar atrocidades , o matar al enemigo. Finalmente, la disociación, el miedo, el pánico y otras respuestas peritraumáticas que ocurren durante el trauma y persisten después son factores de riesgo.

Factores postraumáticos

Temperamental. Estos incluyen valoraciones negativas, afrontamiento inapropiado estrategias y el desarrollo del trastorno de estrés agudo.

Ambiental. Estos incluyen la exposición posterior a recordatorios perturbadores repetidos, eventos de vida adversos posteriores y pérdidas financieras o relacionadas con otros traumas. Las experiencias postraumáticas, como la migración forzada y los altos niveles de factores estresantes diarios, pueden contribuir a diferentes riesgos condicionales de TEPT en todos los contextos culturales. La exposición a la discriminación racial y étnica se ha asociado con un curso más crónico entre los adultos afroamericanos y latinos. El apoyo social (incluida la estabilidad familiar, para los niños) es un factor protector que modera el resultado después del trauma.

Problemas de diagnóstico relacionados con

la cultura Diferentes grupos demográficos, culturales y ocupacionales tienen diferentes niveles de exposición a eventos traumáticos, y el riesgo relativo de desarrollar TEPT después de un nivel similar de exposición (p. ej., persecución religiosa) también puede variar según la cultura, la etnia y grupos racializados. La variación en el tipo de exposición traumática (p. ej., genocidio), el impacto en la gravedad del trastorno del significado atribuido al evento traumático (p. ej., incapacidad para realizar ritos funerarios después de un asesinato en masa), el contexto sociocultural en curso (p. ej., residir entre personas impunes perpetradores en situaciones posteriores a un conflicto), la exposición a la discriminación racial y étnica y otros factores culturales (p. ej., el estrés aculturativo en los migrantes) pueden influir en el riesgo de aparición y la gravedad del TEPT en todos los grupos culturales. Algunas comunidades están expuestas a entornos traumáticos generalizados y continuos, en lugar de eventos aislados del Criterio A; en estas comunidades, el poder predictivo de eventos traumáticos individuales para el desarrollo de PTSD puede disminuir. En culturas donde se enfatiza la imagen social (p. ej., mantener el “rostro” de una familia), la difamación pública o la vergüenza pueden magnificar el impacto de los eventos del Criterio A. Algunas culturas pueden atribuir los síndromes de PTSD a experiencias sobrenaturales negativas.

311

La expresión clínica de los síntomas o grupos de síntomas del PTSD puede variar culturalmente tanto en adultos como en niños. En muchos grupos no occidentales, la evitación se observa con menos frecuencia, mientras que los síntomas somáticos (p. ej., mareos, dificultad para respirar, sensación de calor) son más comunes; otros síntomas que varían de una cultura a otra son los sueños angustiosos, la amnesia no relacionada con una lesión en la cabeza y el comportamiento imprudente pero no suicida. Los estados de ánimo negativos, especialmente la ira, son comunes en diferentes culturas en personas con PTSD, al igual que los sueños angustiosos y la parálisis del sueño. En todas las culturas, los síntomas somáticos son frecuentes y ocurren tanto en niños como en adultos, especialmente después de un trauma sexual. Los síntomas que varían de una cultura a otra en relación con el PTSD entre los niños incluyen pensamientos intrusivos, disminución de la participación en actividades, incapacidad para experimentar emociones positivas, irritabilidad, agresión e hipervigilancia. Sueños an-

la angustia psicológica tras la exposición a las señales del trauma y los esfuerzos para evitar los recuerdos y los pensamientos son comunes en los niños con PTSD en todas las culturas.

En ciertos contextos culturales, puede ser normativo responder a eventos traumáticos con creencias negativas sobre uno mismo o con atribuciones espirituales que pueden parecer exageradas para los demás. Por ejemplo, culparse a uno mismo puede ser coherente con las ideas de karma en el sur y el este de Asia, el destino o la "ley de la medicina estropeada" en África occidental y las diferencias culturales en el lugar de control y las concepciones de uno mismo.

En muchas poblaciones de todo el mundo, existen conceptos culturales de angustia que se asemejan al PTSD y se caracterizan por diversas manifestaciones de angustia psicológica atribuidas a experiencias atemorizantes o traumáticas.

Por lo tanto, los conceptos culturales de angustia influyen en la expresión del PTSD y el rango de sus trastornos comórbidos (ver "Cultura y diagnóstico psiquiátrico" en la Sección III).

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género El

TEPT es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres a lo largo de la vida. La prevalencia de por vida del TEPT oscila entre el 8,0 % y el 11,0 % para las mujeres y entre el 4,1 % y el 5,4 % para los hombres, según dos grandes estudios basados en la población de EE. UU. que utilizan los criterios del DSM-5. Parte del mayor riesgo de PTSD en las mujeres parece atribuirse a una mayor probabilidad de exposición al abuso sexual infantil, agresión sexual y otras formas de violencia interpersonal, que conllevan el mayor riesgo de desarrollo de PTSD. Las mujeres en la población general también experimentan TEPT durante más tiempo que los hombres. Sin embargo, otros factores que probablemente contribuyen a la mayor prevalencia en las mujeres incluyen las diferencias de género en el procesamiento emocional y cognitivo del trauma, así como los efectos de las hormonas reproductivas. Cuando se comparan las respuestas de hombres y mujeres a factores estresantes específicos, persisten las diferencias de género en el riesgo de TEPT. Por otro lado, los perfiles de síntomas de TEPT y las estructuras de factores son similares entre hombres y mujeres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Los eventos traumáticos como el abuso infantil o el trauma sexual aumentan el riesgo de suicidio de un individuo tanto en civiles como en veteranos. El PTSD está asociado con pensamientos suicidas, intentos de suicidio y muerte por suicidio. Él

La presencia de PTSD se ha asociado con una mayor probabilidad de transición de pensamientos suicidas a un plan o intento de suicidio, y este efecto del PTSD ocurre independientemente del mayor riesgo de trastornos del estado de ánimo sobre la probabilidad de conductas suicidas. Entre los adolescentes también existe una relación significativa entre el TEPT y los pensamientos o conductas suicidas, incluso después de ajustar los efectos de la comorbilidad.

Consecuencias funcionales del estrés postraumático Trastorno

El PTSD está asociado con un alto deterioro en el funcionamiento social, ocupacional y físico; calidad de vida reducida; y problemas de salud física.

Se exhibe un funcionamiento deteriorado

312

a través de dominios sociales, interpersonales, de desarrollo, educativos, de salud física y ocupacionales. En muestras comunitarias y de veteranos, el PTSD se asocia con malas relaciones sociales y familiares, ausentismo laboral, ingresos más bajos y menor éxito educativo y laboral.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de adaptación. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad o tipo, en lugar de un factor estresante que involucre exposición a la muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, como lo exige el Criterio A del TEPT. El diagnóstico de un trastorno de adaptación se utiliza cuando la respuesta a un factor estresante que cumple con el Criterio A de TEPT no cumple con todos los demás criterios de TEPT (o criterios para otro trastorno mental). También se diagnostica un trastorno de adaptación cuando el patrón de síntomas de PTSD ocurre en respuesta a un factor estresante que no cumple con el Criterio A de PTSD (p. ej., la partida del cónyuge, el despido).

Otros trastornos y condiciones postraumáticos. No toda la psicopatología que ocurre en individuos expuestos a un estresor extremo debe atribuirse necesariamente al TEPT. El diagnóstico de PTSD requiere que la exposición al trauma preceda al inicio o exacerbación de los síntomas pertinentes. Si el patrón de respuesta de los síntomas al estresor extremo cumple con los criterios para otro trastorno mental

trastorno de estrés postraumático, estos diagnósticos se deben dar en lugar de, o además de PTSD. Se excluyen otros diagnósticos y condiciones si el PTSD los explica mejor (p. ej., síntomas de trastorno de pánico que ocurren solo después de la exposición a recordatorios traumáticos). Si es grave, los patrones de respuesta de los síntomas al estresor extremo que cumplen los criterios de otro trastorno mental pueden justificar un diagnóstico separado (p. ej., amnesia disociativa) además del PTSD.

Trastorno de estrés agudo. El trastorno por estrés agudo se distingue del PTSD porque el patrón de síntomas en el trastorno por estrés agudo está restringido a una duración de 3 días a 1 mes después de la exposición al evento traumático.

Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. En el TOC, hay pensamientos intrusivos recurrentes, pero estos cumplen la definición de una obsesión. Además, los pensamientos intrusivos no están relacionados con un evento traumático experimentado, las compulsiones suelen estar presentes y otros síntomas de TEPT o trastorno de estrés agudo suelen estar ausentes. Ni los síntomas disociativos y de excitación del trastorno de pánico ni la evitación, la irritabilidad y la ansiedad del trastorno de ansiedad generalizada están asociados con un evento traumático específico. Los síntomas del trastorno de ansiedad por separación están claramente relacionados con la separación del hogar o la familia, más que con un evento traumático.

Trastorno depresivo mayor. La depresión mayor puede o no estar precedida por un evento traumático y debe diagnosticarse si se cumplen todos los criterios. Específicamente, el trastorno depresivo mayor no incluye ningún síntoma del Criterio B o C del TEPT. Tampoco incluye una serie de síntomas del Criterio D o E del PTSD. Sin embargo, si también se cumplen todos los criterios para el PTSD, se pueden dar ambos diagnósticos.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. Tanto el TDAH como el PTSD pueden incluir problemas de atención, concentración y aprendizaje. A diferencia del TDAH, donde los problemas de atención, concentración y aprendizaje deben comenzar antes de los 12 años, en el PTSD los síntomas comienzan después de la exposición a un evento traumático del Criterio A. En el PTSD, las interrupciones en la atención y la concentración del individuo pueden atribuirse al estado de alerta ante el peligro y las respuestas de sobresalto exageradas a los recuerdos del trauma.

Desorden de personalidad. Las dificultades interpersonales que comenzaron o se exacerbaron en gran medida después de la exposición a un evento traumático pueden ser un

indicación de PTSD, en lugar de un trastorno de la personalidad, en el que tales dificultades se esperarían independientemente de cualquier exposición traumática.

313

Trastornos disociativos. La amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno de despersonalización-desrealización pueden o no estar precedidos por la exposición a un evento traumático o pueden o no tener síntomas de PTSD concurrentes. Sin embargo, cuando también se cumplen todos los criterios de TEPT, se debe considerar el subtipo de TEPT "con síntomas disociativos".

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). Nuevo inicio de los síntomas somáticos dentro del contexto de la angustia postraumática podrían ser una indicación de PTSD en lugar de un trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Desórdenes psicóticos. Los flashbacks en el PTSD deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otros trastornos de la percepción que pueden ocurrir en la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve y otros trastornos psicóticos; trastornos depresivos y bipolares con rasgos psicóticos; delirio; trastornos inducidos por sustancias/medicamentos; y trastornos psicóticos debido a otra condición médica. Los flashbacks de PTSD se distinguen de estos otros trastornos perceptivos por estar directamente relacionados con la experiencia traumática y por ocurrir en ausencia de otras características psicóticas o inducidas por sustancias.

Lesión cerebral traumática. Algunos tipos de eventos traumáticos aumentan el riesgo tanto de PTSD como de lesión cerebral traumática (TBI) porque pueden producir lesiones en la cabeza (p. ej., combate militar, explosiones de bombas, abuso físico infantil, violencia de pareja íntima, delitos violentos, accidentes automovilísticos u otros). En tales casos, las personas que presentan PTSD también pueden tener TBI, y las que presentan TBI también pueden tener PTSD. Las personas con PTSD que también tienen TBI pueden tener síntomas persistentes posteriores a la conmoción cerebral (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración). Sin embargo, tales síntomas también pueden ocurrir en poblaciones sin lesiones cerebrales, incluidas las personas con PTSD. Debido a que los síntomas del TEPT y los síntomas neurocognitivos relacionados con la TBI pueden superponerse, un diagnóstico diferencial entre el TEPT y los síntomas del trastorno neurocognitivo atribuibles a la TBI puede ser posible en base a la presencia de síntomas que son distintivos de

cada presentación. Mientras que la reexperimentación y la evitación son características del PTSD y no los efectos de la TBI, la desorientación y la confusión persistentes son más específicas de la TBI (efectos neurocognitivos) que del PTSD. Los problemas de memoria relacionados con TBI relacionados con el evento traumático generalmente se atribuyen a la incapacidad relacionada con la lesión para codificar la información, mientras que los problemas de memoria relacionados con PTSD generalmente reflejan amnesia disociativa. Las dificultades para dormir son comunes a ambos trastornos.

Comorbilidad

Las personas con PTSD son más propensas que las que no tienen PTSD a tener síntomas que cumplen con los criterios de diagnóstico para al menos otro trastorno mental, como depresión, trastorno bipolar, ansiedad o uso de sustancias. El PTSD también se asocia con un mayor riesgo de trastorno neurocognitivo mayor. En un estudio realizado en EE. UU., las mujeres tenían más probabilidades de desarrollar TEPT después de una lesión cerebral traumática leve. Aunque la mayoría de los niños pequeños con PTSD también tienen al menos otro diagnóstico, los patrones de comorbilidad son diferentes a los de los adultos, predominando el trastorno negativista desafiante y el trastorno de ansiedad por separación.

Trastorno de estrés agudo

Criterios de diagnóstico

F43.0

- A. Exposición a la muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual en una (o más) de las siguientes formas:
 1. Experimentar directamente los eventos traumáticos.
 2. Ser testigo, en persona, del evento o eventos tal como ocurrieron otros.
 3. Enterarse de que los eventos le ocurrieron a un familiar cercano o amigo cercano. **Nota:** En casos de real o

amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento(s) debe haber sido violento o accidental.

4. Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos de los eventos traumáticos (p. ej., socorristas que recogen restos humanos, agentes de policía expuestos repetidamente a detalles de abuso infantil).

Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

- B. Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y excitación, que comienzan o empeoran después de ocurrido el evento traumático: **Síntomas de intrusión** 1. Recurrente, recuerdos angustiosos involuntarios e intrusivos del evento o eventos traumáticos.

Nota: En los niños, pueden ocurrir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del evento traumático.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el evento o eventos. **Nota:** En los niños, puede haber sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si los eventos traumáticos fueran recurrentes. (Tales reacciones pueden ocurrir en un continuo, siendo la expresión más extrema la pérdida total de conciencia del entorno presente). **Nota:** en los niños, la recreación específica del trauma puede ocurrir en el juego.
4. Angustia psicológica intensa o prolongada o reacciones fisiológicas marcadas en respuesta a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del evento traumático.

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p. ej., incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).

Síntomas disociativos 6. Un

sentido alterado de la realidad del entorno propio o de uno mismo (p. ej., verse a uno mismo desde la perspectiva de otro, estar aturrido, ralentizar el tiempo).

7. Incapacidad para recordar un aspecto importante de los eventos traumáticos (típicamente debido a amnesia disociativa y no a otros factores como lesión en la cabeza, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación 8.

Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de los sucesos traumáticos o estrechamente relacionados con ellos.

9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de los eventos traumáticos o estrechamente asociados con ellos.

Síntomas de despertar

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación), típicamente expresados como agresión verbal o física hacia personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas de concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.

- C. La duración de la alteración (síntomas en el Criterio B) es de 3 días a 1 mes después de la exposición al trauma.

Nota: los síntomas generalmente comienzan inmediatamente después del trauma, pero se necesita que persistan durante al menos 3 días y hasta un mes para cumplir con los criterios del trastorno.

- D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicación o alcohol) u otra afección médica (p. ej., lesión cerebral traumática leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de estrés agudo es el desarrollo de síntomas característicos que duran de 3 días a 1 mes después de la exposición a uno o más eventos traumáticos (Criterio A), que son del mismo tipo que los descritos en el Criterio A del TEPT (para más información , consulte "Características de diagnóstico" para PTSD).

La presentación clínica del trastorno de estrés agudo puede variar según el individuo, pero generalmente implica una respuesta de ansiedad que incluye alguna forma de reexperimentación o reactividad al evento traumático. Las presentaciones pueden incluir síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, síntomas disociativos, síntomas de evitación y síntomas de excitación (Criterio B1-B14). En algunos individuos, puede predominar una presentación disociativa o desapegada, aunque estos individuos típicamente también mostrarán una fuerte reactividad emocional o fisiológica en respuesta a los recordatorios del trauma. En otros individuos, puede haber una fuerte respuesta de ira en la que la reactividad se caracteriza por respuestas irritables o posiblemente agresivas.

Los síntomas de intrusión (Criterio B1-B4) son los mismos que se describen en el Criterio B1-B5 de TEPT (para una discusión de estos síntomas, consulte "Características de diagnóstico" para el TEPT; tenga en cuenta que el Criterio B4 de trastorno por estrés agudo comprende los Criterios B4 y B5 de TEPT). Las personas con trastorno de estrés agudo pueden tener una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, alegría, satisfacción o emociones asociadas con la intimidad, la ternura, la sexualidad), pero pueden experimentar emociones negativas como miedo, tristeza, ira, culpa o

vergüenza (Criterio B5). Las alteraciones en la conciencia pueden incluir **despersonalización**, un sentido de desapego de uno mismo (p. ej., verse desde el otro lado de la habitación) o **desrealización**, tener una visión distorsionada de los alrededores (p. ej., percibir que las cosas se mueven a cámara lenta, ver cosas aturdido, sin ser consciente de los eventos que uno normalmente codificaría)

(Criterio B6). Algunas personas también reportan una incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático que presumiblemente fue codificado. Este síntoma es atribuible a amnesia disociativa y no a traumatismo craneoencefálico, alcohol o drogas (Criterio B7). Los estímulos asociados con el trauma se evitan persistentemente. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar pensamientos, recuerdos o sentimientos (p. ej., mediante el uso de técnicas de distracción o supresión, incluido el uso de sustancias, para evitar recordatorios internos) (Criterio B8), y para evitar actividades, conversaciones, objetos, situaciones o personas que despiertan recuerdos de ella (Criterio B9).

Es muy común que las personas con trastorno de estrés agudo experimenten problemas con el inicio y el mantenimiento del sueño, lo que puede estar asociado con pesadillas y problemas de seguridad o con un despertar elevado generalizado que interfiere con el sueño adecuado (Criterio B10). Las personas con trastorno de estrés agudo pueden exhibir un comportamiento irritable e incluso pueden mostrar un comportamiento verbal o físico agresivo con poca o ninguna provocación (p. ej., gritarle a la gente, meterse en peleas, destruir objetos) (Criterio B11).

El trastorno de estrés agudo a menudo se caracteriza por una mayor vigilancia de amenazas potenciales, incluidas aquellas que están relacionadas con la experiencia traumática (p. ej., después de un accidente automovilístico, ser especialmente sensible a la amenaza potencialmente causada por automóviles o camiones) y aquellas que no están relacionadas con el evento traumático (p. ej., tener miedo de sufrir un infarto) (Criterio B12). Las dificultades de concentración (Criterio B13) incluyen dificultad para recordar hechos familiares (p. ej.,

olvidar el número de teléfono) o eventos cotidianos (p. ej., haber leído recientemente parte de un libro o periódico) o prestar atención a tareas enfocadas (p. ej., seguir una conversación durante un período prolongado de tiempo).

Las personas con trastorno de estrés agudo pueden ser muy reactivas a los estímulos inesperados, mostrando una respuesta de sobresalto intensificada o nerviosismo ante estímulos inesperados.

ruidos fuertes (p. ej., en respuesta al timbre de un teléfono) o movimientos inesperados (Criterio B14). Las respuestas de sobresalto son involuntarias y reflejas (automáticas, instantáneas), y los estímulos que provocan respuestas de sobresalto exageradas (Criterio B14) no necesitan estar relacionados con el evento traumático.

El cuadro sintomático completo debe durar al menos 3 días después del evento traumático, pero no debe durar más de 1 mes (Criterio C). Los síntomas que ocurren inmediatamente después del evento pero se resuelven en menos de 3 días no cumplirían los criterios para el trastorno de estrés agudo.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de estrés agudo comúnmente tienen pensamientos catastróficos o extremadamente negativos sobre su papel en el evento traumático, su respuesta a la experiencia traumática o la probabilidad de daño futuro. Por ejemplo, una persona con trastorno de estrés agudo puede sentirse excesivamente culpable por no haber evitado el evento traumático o por no adaptarse a la experiencia con mayor éxito. Las personas con trastorno de estrés agudo también pueden interpretar sus síntomas de manera catastrófica, de modo que los recuerdos retrospectivos o el entumecimiento emocional pueden interpretarse como un signo de capacidad mental disminuida. Es común que las personas con trastorno de estrés agudo experimenten ataques de pánico en el mes inicial después de la exposición al trauma que pueden desencadenarse por recordatorios del trauma o que aparentemente pueden ocurrir espontáneamente. Además, las personas con trastorno de estrés agudo pueden mostrar un comportamiento caótico o impulsivo. Por ejemplo, las personas pueden conducir de forma imprudente, tomar decisiones irrationales o apostar en exceso. En los niños, puede haber una ansiedad de separación significativa, posiblemente manifestada por una necesidad excesiva de atención por parte de los cuidadores. En el caso de duelo después de una muerte que ocurrió en circunstancias traumáticas, los síntomas del trastorno de estrés agudo pueden incluir reacciones de duelo agudo. En tales casos, los síntomas de reexperimentación, dissociativos y de excitación pueden implicar reacciones a la pérdida, como recuerdos intrusivos de las circunstancias de la muerte del individuo, incredulidad de que el individuo haya muerto y enojo por la muerte. Los síntomas posteriores a una conmoción cerebral (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración), que ocurren con frecuencia después de una lesión cerebral traumática (TBI) leve, también se observan con frecuencia en personas con trastorno de estrés agudo. Los síntomas posteriores a la conmoción cerebrovascular

común en poblaciones con lesión cerebral y sin lesión cerebral, y la aparición frecuente de síntomas posteriores a la conmoción cerebral podría atribuirse a los síntomas del trastorno de estrés agudo.

Predominio

La prevalencia del trastorno de estrés agudo en poblaciones recientemente expuestas al trauma (es decir, dentro de 1 mes de la exposición al trauma) varía según la naturaleza del evento y el contexto en el que se evalúa. En una investigación realizada en Australia, el Reino Unido y los Estados Unidos, se identificó el trastorno de estrés agudo en menos del 20 % de los casos después de eventos traumáticos que no involucran agresión interpersonal, por ejemplo, accidentes automovilísticos, TBI leve, quemaduras graves, y accidentes industriales. Por lo general, se encontraron tasas más altas (es decir, 19%–50%) después de eventos traumáticos interpersonales (p. ej., agresión, violación).

Desarrollo y curso

Por definición, el trastorno de estrés agudo no se puede diagnosticar hasta 3 días después de un evento traumático. Aunque el trastorno de estrés agudo puede progresar a trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) después de 1 mes, también puede ser una respuesta de estrés transitoria que remite dentro de 1 mes de la exposición al trauma y no resulta en PTSD. Aproximadamente la mitad de las personas que eventualmente desarrollan PTSD presentan inicialmente un trastorno de estrés agudo. Los análisis longitudinales indican

317

que los síntomas de estrés agudo pueden remitir, permanecer constantes o empeorar con el tiempo, en gran parte como resultado de factores estresantes de la vida en curso o eventos traumáticos adicionales.

Las formas de reexperimentación pueden variar a lo largo del desarrollo. A diferencia de los adultos o adolescentes, los niños pequeños pueden informar sueños aterradores sin un contenido que refleje claramente aspectos del trauma (p. ej., despertarse asustados después del trauma pero ser incapaces de relacionar el contenido del sueño con el evento traumático). Los niños de 6 años y menores son más propensos que los niños mayores a expresar los síntomas que experimentan nuevamente a través del juego que se refiere directa o simbólicamente al trauma. Por ejemplo,

un niño muy pequeño que sobrevivió a un incendio puede hacer dibujos de llamas. Los niños pequeños tampoco manifiestan necesariamente reacciones de miedo en el momento de la exposición o incluso durante la reexperimentación. Los padres suelen informar una variedad de expresiones emocionales, como ira, vergüenza o retraimiento, e incluso afecto positivo excesivamente brillante, en niños pequeños que están traumatizados.

Aunque los niños pueden evitar los recuerdos del trauma, a veces se preocupan por los recuerdos (p. ej., un niño pequeño que ha sido mordido por un perro puede hablar de perros constantemente pero evita salir por miedo a entrar en contacto con un perro).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores de riesgo incluyen un trastorno mental previo, altos niveles de respuestas emocionales negativas, como estado de ánimo deprimido y ansiedad (también denominada **afectividad negativa** o **neuroticismo**), mayor percepción de la gravedad del evento traumático y un estilo de afrontamiento evitativo. Una tendencia a hacer evaluaciones catastróficas de la experiencia traumática, a menudo caracterizada por evaluaciones exageradas de daño futuro, culpa o desesperanza, es un fuerte predictor de trastorno de estrés agudo.

Ambiental. En primer lugar, una persona debe estar expuesta a un evento traumático para estar en riesgo de sufrir un trastorno de estrés agudo. Los factores de riesgo para el trastorno incluyen antecedentes de traumatismos previos.

Genético y fisiológico. La reactividad elevada, reflejada por la respuesta de sobresalto acústico, antes de la exposición al trauma aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de estrés agudo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

El perfil de los síntomas del trastorno de estrés agudo puede variar de una cultura a otra, en particular con respecto a los síntomas disociativos, las pesadillas, la evitación y los síntomas somáticos (p. ej., mareos, dificultad para respirar, sensación de calor, quejas de dolor). Las reacciones de estrés agudo pueden estar determinadas por valores y normas culturales con respecto a la expresión de emociones extremas, incluso en situaciones extraordinarias. Los conceptos culturales de angustia dan forma a los perfiles de síntomas locales del trastorno de estrés agudo. Algunos grupos culturales pueden mostrar variantes de respuestas disociativas, como posesión o trance.

comportamientos en el mes inicial después de la exposición al trauma. Los síntomas de pánico pueden destacarse en el trastorno de estrés agudo entre los camboyanos debido a la asociación de la exposición traumática con ataques de *khyâl* similares al pánico , y el **ataque de nervios** entre los latinoamericanos también puede seguir a una exposición traumática. Para obtener más información sobre los conceptos culturales de angustia, consulte el capítulo de la Sección III “Cultura y diagnóstico psiquiátrico”.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno de estrés agudo es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres en estudios realizados en varios países. El mayor riesgo de este trastorno en las mujeres puede atribuirse a una mayor probabilidad de exposición a los tipos de eventos traumáticos con un alto riesgo condicional de trastorno de estrés agudo, como violación, otra violencia interpersonal y trauma infantil, incluido el abuso sexual. Otros factores que probablemente contribuyen a la mayor prevalencia en las mujeres incluyen las diferencias de género en el procesamiento emocional y cognitivo del trauma. ligado al sexo

318

Las diferencias neurobiológicas en la respuesta al estrés, así como los factores socioculturales, también pueden contribuir al mayor riesgo de las mujeres de sufrir un trastorno de estrés agudo.

Consecuencias funcionales del trastorno de estrés agudo Se ha demostrado que los supervivientes de accidentes, agresiones y violaciones desarrollan un trastorno de estrés agudo en el funcionamiento social, interpersonal u ocupacional. Los niveles extremos de ansiedad que pueden estar asociados con el trastorno de estrés agudo pueden interferir con el sueño, los niveles de energía y la capacidad para atender las tareas. La evitación en el trastorno de estrés agudo puede dar lugar a un retiro generalizado de muchas situaciones que se perciben como potencialmente amenazantes, lo que puede conducir a la falta de asistencia a las citas médicas, la evitación de conducir a citas importantes y el ausentismo laboral.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de adaptación. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad en lugar de la gravedad y el tipo requeridos por el Criterio A del trastorno por estrés agudo. El diagnóstico de un trastorno de adaptación se utiliza cuando la respuesta a un evento del Criterio A no cumple los criterios para el trastorno por estrés agudo (u otro trastorno mental específico) y cuando el patrón de síntomas del trastorno por estrés agudo ocurre en respuesta a un estresor que no cumplir con el Criterio A para la exposición a la muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual (p. ej., la partida del cónyuge, el despido). Por ejemplo, las reacciones de estrés grave a enfermedades potencialmente mortales que pueden incluir algunos síntomas de trastorno de estrés agudo pueden describirse más apropiadamente como un trastorno de adaptación. Algunas formas de respuesta al estrés agudo no incluyen síntomas de trastorno de estrés agudo y pueden caracterizarse por ira, depresión o culpa. Estas respuestas se describen más apropiadamente como principalmente un trastorno de adaptación. Las respuestas depresivas o de ira en un trastorno de adaptación pueden implicar la rumiación sobre el evento traumático, a diferencia de los recuerdos angustiosos involuntarios e intrusivos en el trastorno de estrés agudo.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico espontáneos son muy comunes en el trastorno de estrés agudo. Sin embargo, el trastorno de pánico se diagnostica solo si los ataques de pánico son inesperados y hay ansiedad por futuros ataques o cambios desadaptativos en el comportamiento asociados con el miedo a las consecuencias nefastas de los ataques.

Trastornos disociativos. Las respuestas disociativas graves (en ausencia de los síntomas característicos del trastorno de estrés agudo) pueden diagnosticarse como trastorno de desrealización/despersonalización. Si la amnesia grave del trauma persiste en ausencia de los síntomas característicos del trastorno de estrés agudo, puede estar indicado el diagnóstico de amnesia disociativa.

Trastorno de estrés postraumático. El trastorno por estrés agudo se distingue del PTSD porque el patrón de síntomas en el trastorno por estrés agudo debe resolverse dentro del mes posterior al evento traumático. Si los síntomas persisten durante más de 1 mes y cumplen los criterios de PTSD, el diagnóstico se cambia de trastorno de estrés agudo a PTSD.

Desorden obsesivo compulsivo. En el trastorno obsesivo-compulsivo, hay pensamientos intrusivos recurrentes, pero cumplen la definición de obsesión.

Además, los pensamientos intrusivos no están relacionados con un experimentado

evento traumático, las compulsiones suelen estar presentes y otros síntomas del trastorno de estrés agudo suelen estar ausentes.

Desórdenes psicóticos. Los flashbacks en el trastorno de estrés agudo deben ser distinguible de las ilusiones, alucinaciones y otros trastornos de la percepción que pueden ocurrir en la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, delirio, trastornos inducidos por sustancias/medicamentos y trastornos psicóticos debidos a otra afección médica. Los flashbacks del trastorno de estrés agudo se distinguen de estos otros trastornos perceptivos por estar directamente relacionados con la experiencia traumática y por ocurrir en ausencia de otras características psicóticas o inducidas por sustancias.

319

Lesión cerebral traumática. Cuando se produce una lesión cerebral en el contexto de un accidente traumático (p.ej., explosión de artillería, batalla, tráfico, accidente de avión, etc.) un evento que causa un traumatismo craneoencefálico también puede constituir un evento traumático psicológico, y los síntomas neurocognitivos relacionados con la TBI no se excluyen mutuamente y pueden ocurrir simultáneamente. Los síntomas anteriormente denominados **posconmoción cerebral** (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración) pueden ocurrir en poblaciones con lesiones cerebrales y sin lesiones cerebrales, incluidas las personas con trastorno de estrés agudo.

Debido a que los síntomas del trastorno de estrés agudo y los síntomas neurocognitivos relacionados con la LCT pueden superponerse, es posible realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno de estrés agudo y los síntomas del trastorno neurocognitivo atribuibles a la LCT en función de la presencia de síntomas que son distintivos de cada presentación. Mientras que la reexperimentación y la evitación son características del trastorno de estrés agudo y no los efectos de la TBI, la desorientación y la confusión persistentes son más específicas de la TBI (efectos neurocognitivos) que del trastorno de estrés agudo. Además, el diferencial se ve favorecido por el hecho de que los síntomas del trastorno de estrés agudo persisten hasta solo 1 mes después de la exposición al trauma.

Trastornos de adaptación

Criterios de diagnóstico

- A. El desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable que ocurre dentro de los 3 meses posteriores al inicio del factor estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, ya que evidenciado por uno o ambos de los siguientes: 1.
 - Angustia marcada que no guarda proporción con la gravedad o intensidad del factor estresante, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que pueden influir en la gravedad y presentación de los síntomas.
 - 2. Deterioro significativo en la vida social, laboral u otra importantes áreas de funcionamiento.
- C. El trastorno relacionado con el estrés no cumple los criterios de otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no representan un duelo normal y no se explican mejor por un trastorno de duelo prolongado.
- E. Una vez que el factor estresante o sus consecuencias han terminado, los síntomas no persisten por más de 6 meses adicionales.

Especificar si:

F43.21 Con estado de ánimo deprimido : Predomina el estado de ánimo bajo, el llanto o sentimientos de desesperanza.

F43.22 Con ansiedad: predomina el nerviosismo, la preocupación, la inquietud o la ansiedad por separación.

F43.23 Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

F43.24 Con alteración de la conducta: Predomina la alteración de la conducta .

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y la conducta: síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y un

Predominan los trastornos de conducta.

F43.20 No especificado: para reacciones de mala adaptación que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno de adaptación.

320

Especificar

si: **Agudo:** Este especificador se puede utilizar para indicar la persistencia de los síntomas durante menos de 6 meses.

Persistente (crónico): este especificador se puede utilizar para indicar la persistencia de los síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir por más de 6 meses después de la terminación del factor estresante o sus consecuencias. Por tanto, el especificador persistente se aplica cuando la duración de la perturbación es superior a 6 meses en respuesta a un factor estresante crónico o a un factor estresante que tiene consecuencias duraderas.

Especificadores

Por definición, un trastorno de adaptación debe resolverse dentro de los 6 meses posteriores a la terminación del factor estresante o sus consecuencias. Sin embargo, los síntomas pueden persistir durante un período prolongado (es decir, más de 6 meses) si ocurren en respuesta a un factor estresante persistente (p. ej., otra afección médica incapacitante crónica) o a un factor estresante que tiene consecuencias duraderas (p. ej., la situación financiera). y dificultades emocionales resultantes de un divorcio). La duración de los síntomas de un trastorno de adaptación puede indicarse utilizando los especificadores agudo o persistente (crónico). El especificador agudo se utiliza para indicar la persistencia de los síntomas durante menos de 6 meses. El especificador persistente (crónico) se utiliza para indicar la persistencia de los síntomas durante 6 meses o más. Por lo tanto, este último especificador se aplica cuando la duración de la perturbación es superior a 6 meses en respuesta a un factor estresante persistente o a un factor estresante que tiene consecuencias duraderas.

Características de diagnóstico

La presencia de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresor identificable es la característica esencial de los trastornos de adaptación (Criterio A). El factor estresante puede ser un evento único (p. ej., la terminación de una relación romántica), o puede haber múltiples factores estresantes (p. ej., dificultades comerciales marcadas y problemas maritales). Los factores estresantes pueden ser recurrentes (p. ej., asociados con crisis comerciales estacionales, relaciones sexuales insatisfactorias) o continuos (p. ej., una enfermedad dolorosa persistente con discapacidad creciente, vivir en un vecindario plagado de delitos). Los factores estresantes pueden afectar a una sola persona, a toda una familia o a un grupo o comunidad más grande (p. ej., un desastre natural). Algunos factores estresantes pueden acompañar a eventos específicos del desarrollo (p. ej., ir a la escuela, dejar el hogar de los padres, volver a ingresar al hogar de los padres, casarse, convertirse en padre, no lograr las metas laborales, jubilarse).

Los trastornos de adaptación se pueden diagnosticar después de la muerte de un ser querido cuando la intensidad, la calidad o la persistencia de las reacciones de duelo superan lo que normalmente se esperaría, cuando se tienen en cuenta las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad y la reacción de duelo no cumple Criterios para el trastorno por duelo prolongado.

Predominio

Los trastornos de adaptación son comunes, aunque la prevalencia puede variar ampliamente en función de la población estudiada y los métodos de evaluación utilizados. El porcentaje de personas en tratamiento ambulatorio de salud mental en los Estados Unidos con un diagnóstico principal de trastorno de adaptación oscila entre el 5 % y el 20 % aproximadamente. Las tasas de trastorno de adaptación pueden ser más altas en las mujeres, como lo señala una investigación en Dinamarca. En los entornos de consulta psiquiátrica de hospitales australianos, canadienses, israelíes y estadounidenses, un trastorno de adaptación fue a menudo el diagnóstico más común en la década de 1990, alcanzando con frecuencia el 50%.

Desarrollo y curso

Por definición, la alteración en los trastornos de adaptación comienza dentro de los 3 meses posteriores al inicio de un factor estresante. Si el factor estresante es un evento agudo (p. ej., ser despedido de un trabajo), el inicio de la perturbación suele ser inmediato (es decir, dentro de unos pocos días) y la duración es relativamente breve

(es decir, no más de unos pocos meses). Si el estresor o sus consecuencias persisten, el trastorno de adaptación también puede continuar presente y convertirse en la forma persistente. Por definición, si los síntomas persisten más de 6 meses después de que el factor estresante o sus consecuencias hayan cesado, el diagnóstico de trastorno de adaptación ya no se aplicaría.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Las personas con circunstancias de vida desfavorecidas experimentan una alta tasa de factores estresantes y pueden tener un mayor riesgo de sufrir trastornos de adaptación.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Debido a que la naturaleza, el significado y la experiencia de los factores estresantes y la evaluación de la respuesta a los factores estresantes pueden variar entre culturas, el contexto cultural es clave para determinar si la respuesta de ajuste es desadaptativa. Los migrantes y refugiados pueden experimentar cambios contextuales y culturales importantes y estresantes que pueden hacer que esta evaluación sea un desafío.

Se asume que el sufrimiento es un aspecto intrínseco de la vida normal en algunos contextos culturales, de modo que las reacciones angustiosas a los eventos estresantes de la vida pueden no verse como una mala adaptación o que no merezcan tratamiento. La autoinmolación también es un riesgo asociado con el trastorno de adaptación en algunos contextos culturales.

Asociación con pensamientos suicidas o trastornos de ajuste del

comportamiento se asocian con un mayor riesgo de intentos de suicidio y suicidio. Entre las poblaciones de inmigrantes, incluidos los inmigrantes turcos en Europa occidental y los inmigrantes del sur de Asia o del sudeste asiático en los países del Golfo, se encontró que el trastorno de adaptación se encuentra entre los diagnósticos más comunes asociados con el comportamiento relacionado con el suicidio.

Consecuencias funcionales de los trastornos adaptativos La angustia subjetiva o el deterioro del funcionamiento asociado con los trastornos adaptativos se manifiesta con frecuencia como un rendimiento reducido en el trabajo o la escuela y cambios temporales en las relaciones sociales. Un

el trastorno de adaptación puede complicar el curso de la enfermedad en personas que tienen otra afección médica (p. ej., menor cumplimiento del régimen médico recomendado; mayor duración de la estadía en el hospital).

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Si un individuo tiene síntomas que cumplen los criterios de un trastorno depresivo mayor en respuesta a un factor estresante, el diagnóstico de un trastorno de adaptación no es aplicable. El perfil de síntomas del trastorno depresivo mayor lo diferencia de los trastornos de adaptación.

Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad en lugar de la gravedad y el tipo requerido por el Criterio A del trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Al distinguir los trastornos de adaptación de estos dos diagnósticos postraumáticos, hay consideraciones tanto de tiempo como de perfil de síntomas. Los trastornos de adaptación pueden diagnosticarse inmediatamente y persistir hasta 6 meses después de la exposición al evento traumático, mientras que el trastorno de estrés agudo solo puede ocurrir entre 3 días y 1 mes de exposición al factor estresante, y el TEPT no puede diagnosticarse hasta que haya pasado al menos 1 mes. desde la ocurrencia del estresor traumático. Los perfiles de síntomas requeridos para el PTSD y el trastorno de estrés agudo los diferencian de los trastornos de adaptación. Con respecto a los perfiles de síntomas, se puede diagnosticar un trastorno de adaptación después de un evento traumático cuando un individuo presenta síntomas de trastorno de estrés agudo o TEPT que no alcanzan o exceden el umbral de diagnóstico para cualquiera de los dos trastornos. Debido a que el trastorno de adaptación no puede persistir por más de 6 meses después de la terminación del estresor o sus consecuencias, los casos en los que los síntomas ocurren en respuesta

a un evento traumático que no alcanza el umbral de diagnóstico para el PTSD y que persiste por más de 6 meses debe diagnosticarse como otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés. También se debe diagnosticar un trastorno de adaptación para las personas que no han estado expuestas a un evento traumático.

cumplen el Criterio A para TEPT, pero que por lo demás presentan el perfil completo de síntomas de trastorno de estrés agudo o TEPT.

Desorden de personalidad. Con respecto a los trastornos de la personalidad, algunas características de la personalidad pueden estar asociadas con una vulnerabilidad a la angustia situacional que puede parecerse a un trastorno de adaptación. El historial de vida del funcionamiento de la personalidad ayudará a informar la interpretación de los comportamientos angustiados para ayudar a distinguir un trastorno de personalidad de larga data de un trastorno de adaptación. Además de algunos trastornos de la personalidad que generan vulnerabilidad a la angustia, los factores estresantes también pueden exacerbar los síntomas del trastorno de la personalidad. En presencia de un trastorno de personalidad, si se cumplen los criterios de síntomas para un trastorno de adaptación y la alteración relacionada con el estrés excede lo que puede atribuirse a los síntomas del trastorno de personalidad desadaptativo (es decir, se cumple el Criterio C), entonces el diagnóstico de un trastorno de adaptación se debe hacer desorden.

Duelo. La angustia clínicamente significativa relacionada con el duelo agudo a veces se puede diagnosticar como un trastorno de adaptación si se considera que el duelo es desproporcionado con respecto a lo que se esperaría o que afecta significativamente el autocuidado y las relaciones interpersonales. Cuando tales síntomas persisten durante más de 12 meses después de la muerte, el diagnóstico es un trastorno de duelo prolongado si se cumplen todos los criterios u otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés.

Factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas. En factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas, entidades psicológicas específicas (por ejemplo, síntomas psicológicos, comportamientos, otros factores) exacerbaban una condición médica. Estos factores psicológicos pueden precipitar, exacerbar o poner a una persona en riesgo de sufrir una enfermedad médica, o pueden empeorar una afección existente. Por el contrario, un trastorno de adaptación es una reacción al factor estresante (p. ej., tener una enfermedad médica).

Reacciones de estrés normativo. Cuando suceden cosas malas, la mayoría de la gente se enfada. Esto no es un trastorno de adaptación. El diagnóstico solo debe hacerse cuando la magnitud de la angustia (p. ej., alteraciones en el estado de ánimo, ansiedad o conducta) excede lo que normalmente se esperaría (que puede variar en diferentes culturas) o cuando el evento adverso precipita el deterioro funcional.

Comorbilidad Los

trastornos de adaptación pueden acompañar a la mayoría de los trastornos mentales ya cualquier condición médica. Los trastornos de adaptación pueden diagnosticarse además de otro trastorno mental solo si este último no explica los síntomas particulares que ocurren como reacción al factor estresante. Por ejemplo, un individuo puede desarrollar un trastorno de adaptación, con estado de ánimo depresivo, después de perder un trabajo y al mismo tiempo tener un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. O bien, una persona puede tener un trastorno depresivo o bipolar y un trastorno de adaptación siempre que se cumplan los criterios para ambos. Los trastornos de adaptación son acompañantes comunes de enfermedades médicas y pueden ser la principal respuesta psicológica a una condición médica.

Trastorno de duelo prolongado

Criterios de diagnóstico

F43.8

A. La muerte, hace al menos 12 meses, de una persona cercana a la persona en duelo (para niños y adolescentes, hace al menos 6 meses).

323

B. Desde la muerte, el desarrollo de una respuesta de duelo persistente caracterizada por uno o ambos de los siguientes síntomas, que han estado presentes la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo. Además, el(los) síntoma(s) ha(n) ocurrido(s) casi todos los días durante al menos el último mes:

1. Anhelo/anhelo intenso por la persona fallecida.

2. Preocupación por pensamientos o recuerdos de la persona fallecida (en niños y adolescentes la preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte).

C. Desde la muerte, al menos tres de los siguientes síntomas han estado presentes la mayoría de los días hasta un grado clínicamente significativo

la licenciatura. Además, los síntomas se han presentado casi todos los días durante al menos el último mes:

1. Alteración de la identidad (p. ej., sentir que parte de uno mismo ha muerto) desde la muerte.

2. Marcado sentido de incredulidad acerca de la muerte.
3. Evitación de recordatorios de que la persona está muerta (en niños y adolescentes, puede caracterizarse por esfuerzos para evitar recordatorios).
4. Dolor emocional intenso (p. ej., ira, amargura, pena) relacionado con la muerte.
5. Dificultad para reintegrarse a las relaciones y actividades propias después de la muerte (p. ej., problemas para relacionarse con amigos, perseguir intereses o planificar para el futuro).
6. Entumecimiento emocional (ausencia o marcada reducción de la experiencia emocional) como resultado de la muerte.
7. Sentir que la vida no tiene sentido como consecuencia de la muerte.
8. Intensa soledad como consecuencia de la muerte.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La duración y la gravedad de la reacción de duelo superan claramente las normas sociales, culturales o religiosas previstas para la cultura y el contexto de la persona.

F. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, como el trastorno depresivo mayor o el trastorno de estrés postraumático, y no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicación, alcohol) u otra afección médica.

Características de diagnóstico

El trastorno de duelo prolongado representa una reacción de duelo inadaptado prolongado que puede diagnosticarse solo después de al menos 12 meses (6 meses en niños

y adolescentes) han transcurrido desde la muerte de alguien con quien el doliente tenía una relación estrecha (Criterio A). Aunque, en general, este marco de tiempo discrimina de manera confiable el duelo normal del duelo que continúa siendo severo y perjudicial, la duración del duelo adaptativo puede variar individualmente y entre culturas. La condición implica el desarrollo de una respuesta de duelo persistente caracterizada por un intenso anhelo o anhelo por la persona fallecida (a menudo con dolor intenso y llanto frecuente) o preocupación por pensamientos o recuerdos del difunto, aunque en niños y adolescentes, esta preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte. El anhelo/anhelo intenso o la preocupación ha estado presente la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo y ha ocurrido casi todos los días durante al menos el último mes (Criterio B).

Además, desde la muerte, al menos tres síntomas adicionales han estado presentes la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo y han ocurrido casi todos los días durante al menos el último mes. Estos síntomas incluyen la alteración de la identidad desde la muerte (p. ej., sentir que una parte de uno mismo ha muerto) (Criterio C1); una marcada sensación de incredulidad sobre la muerte (Criterio C2); evitación de recordatorios de que la persona está muerta, que en niños y adolescentes puede caracterizarse por esfuerzos para evitar recordatorios (Criterio C3); dolor emocional intenso (p. ej., ira, amargura, culpa) desde la muerte (Criterio C4); tener dificultad para reintegrarse a las relaciones y actividades personales desde la muerte (p. ej., problemas

324

relacionarse con amigos, perseguir intereses o planificar para el futuro) (Criterio C5); entumecimiento emocional (ausencia o reducción marcada de la experiencia emocional) como resultado de la muerte (Criterio C6); sentir que la vida no tiene sentido como consecuencia de la muerte (Criterio C7); o soledad intensa como consecuencia de la muerte (Criterio C8).

Los síntomas del trastorno por duelo prolongado deben dar lugar a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento de la persona en duelo (Criterio D). La naturaleza, duración y severidad de la reacción de duelo debe exceder claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo (Criterio E). Aunque hay variaciones en cómo el duelo pue

manifiestan, los síntomas del trastorno de duelo prolongado ocurren en todos los géneros y en diversos grupos sociales y culturales.

Funciones asociadas

Las personas con síntomas de trastorno de duelo prolongado a menudo experimentan cogniciones desadaptativas sobre sí mismos, culpa por la muerte y disminución de la esperanza de vida futura y de las metas de vida. Las quejas somáticas comúnmente acompañan a la afección y pueden estar relacionadas con la depresión y la ansiedad comórbidas, la alteración de la identidad social y el aumento de las visitas a la atención médica; los síntomas somáticos pueden estar asociados con los que experimentó el difunto (p. ej., cambios en el apetito). Los comportamientos nocivos para la salud relacionados con la disminución del autocuidado y la preocupación también son comunes en personas con síntomas de trastorno de duelo prolongado. Las alucinaciones sobre el difunto (p. ej., escuchar la voz de la persona fallecida) pueden ocurrir durante el duelo normal, pero pueden ser más comunes en personas con síntomas de trastorno por duelo prolongado; las alucinaciones experimentadas por personas con síntomas de trastorno de duelo prolongado pueden estar asociadas con alteraciones de la identidad social y el propósito relacionado con la muerte (p. ej., confusión sobre el papel de uno en la vida, sensación de falta de sentido). Otras características asociadas del trastorno por duelo prolongado incluyen amargura, ira o inquietud; culpar a otros por la muerte; y disminución de la cantidad y calidad del sueño.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno de duelo prolongado según el DSM-5 en adultos. El metanálisis de estudios en cuatro continentes que utilizaron una definición diferente para el trastorno por duelo prolongado con una duración posterior a la pérdida de al menos 6 meses sugiere una prevalencia combinada del 9,8 %; sin embargo, hubo una heterogeneidad metodológica sustancial entre los estudios (p. ej., en las definiciones de los síntomas, las medidas, la duración del duelo), lo que afectó los hallazgos de prevalencia. Las poblaciones con exposición elevada al trauma pueden tener tasas de prevalencia más altas. La prevalencia media de las presentaciones de duelo prolongado puede ser mayor en los países occidentales de ingresos altos que en los países asiáticos de ingresos altos y medios altos, pero estudios recientes en China han revelado tasas más altas y una variación sustancial. Prevalencia del trastorno de duelo complejo persistente (incluido en el DSM-5 Sección III, "Condiciones

para estudios adicionales") entre los jóvenes estadounidenses en duelo en la comunidad se estimó en un 18%.

Desarrollo y curso Existen datos

limitados sobre el curso del trastorno por duelo prolongado a lo largo de la vida. Los síntomas generalmente comienzan dentro de los meses iniciales después de la muerte, aunque puede haber un retraso antes de que aparezca el síndrome completo.

La evidencia preliminar sugiere que el curso puede prolongarse especialmente entre los padres después de la muerte de un hijo. El curso del trastorno por duelo prolongado puede complicarse por un trastorno de estrés postraumático comórbido, que es más común en situaciones de duelo después de la muerte violenta de un ser querido (p. ej., asesinato, suicidio) cuando el duelo por el doliente puede ir acompañado de una amenaza personal para la vida. y/o ser testigo de una muerte violenta y potencialmente espantosa. La edad avanzada puede estar asociada con un mayor riesgo de desarrollar el trastorno después de la muerte de un ser querido. Los adultos mayores con síntomas de trastorno por duelo prolongado pueden tener un riesgo elevado de deterioro cognitivo progresivo.

325

En los niños, la angustia puede expresarse en el juego y el comportamiento, regresiones en el desarrollo y comportamiento ansioso o de protesta en momentos de separación y reunión. Los niños pequeños pueden experimentar síntomas de trastorno por duelo prolongado de maneras específicas debido a su edad. La pérdida de un cuidador principal puede ser particularmente traumática para un niño pequeño, dados los efectos desorganizadores de la ausencia del cuidador. Los niños pequeños pueden protestar o enojarse cuando las actividades diarias de cuidado se realizan de manera diferente a las del difunto (p. ej., cocinar, disciplinar, rituales antes de acostarse). Pueden expresar una intensa inseguridad sobre su futuro, a menudo manifestada como preocupaciones sobre la salud y la seguridad de los cuidadores y sobre sí mismos, con preguntas repetidas sobre la muerte. Pueden dedicarse a buscar al difunto porque no entienden la permanencia de la muerte. Los niños pequeños tienden a manifestar manifestaciones somáticas, como trastornos del sueño, la alimentación, la digestión y el nivel de energía. Pueden expresar anhelo en pensamiento y juego como un deseo, literalmente, de reunirse físicamente con el difunto.

para superar la dolorosa separación física (p. ej., subir una escalera al cielo o acostarse en el suelo junto a uno de los padres). Los niños pequeños normalmente no entienden ni describen el adormecimiento, mientras que los adolescentes pueden describir "no sentir nada".

En niños y adolescentes, la preocupación constante por las circunstancias de la muerte puede implicar centrarse en los aspectos angustiosos del deterioro físico en el curso de una enfermedad mortal y/o la incapacidad de un cuidador para realizar funciones vitales de cuidado. La alteración de la identidad puede incluir sentirse profundamente diferente de los demás, a menudo en respuesta a recuerdos de pérdidas (p. ej., hacer tarjetas para el Día de la Madre en la escuela, ver a un amigo disfrutar de un pasatiempo con un hermano). Los niños y adolescentes pueden mostrarse reacios a unirse a los adultos en actividades que sirven como recordatorios de pérdidas, verbalmente, en su comportamiento o a través del retraimiento emocional. Pueden experimentar un intenso dolor emocional por sentirse privados ("robados") de la ayuda del difunto con las tareas de desarrollo en curso (p. ej., inicio de la menstruación). La angustia de separación puede ser predominante en los niños más pequeños, y la angustia por las alteraciones de la identidad social (p. ej., confusión sobre el propósito de la vida) y el riesgo de depresión comórbida pueden manifestarse cada vez más en niños mayores y adolescentes.

La incapacidad para alcanzar hitos y transiciones de desarrollo apropiados para la edad es una manifestación de la incapacidad para reintegrarse a los roles de la vida. Para los niños mayores y los adolescentes, sentir que la vida no tiene sentido sin la persona que murió puede incluir renunciar a las aspiraciones de desarrollo ("No vale la pena intentarlo si no pueden estar aquí"), no preocuparse por el comportamiento arriesgado ("¿Y qué si yo lastimarme o morir?"), o sentir que su futuro está "arruinado". Los niños mayores y los adolescentes pueden tener miedo de compartir un destino similar al del difunto, incluida la muerte prematura. La soledad puede intensificarse al mantener el duelo en privado, a veces por no querer aumentar la angustia de un cuidador en duelo o para evitar el presunto estigma de los compañeros.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El riesgo de síntomas prolongados del trastorno por duelo aumenta por una mayor dependencia de la persona fallecida antes de la muerte, por la muerte de un hijo, por muertes violentas o inesperadas y por factores económicos estresantes. El trastorno tiene una prevalencia más alta después de la muerte de un cónyuge/pareja o

niño en comparación con otras relaciones de parentesco con el difunto.

Las perturbaciones en la disponibilidad y el apoyo de los cuidadores aumentan el riesgo para los niños en duelo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Los síntomas del trastorno por duelo prolongado se observan en distintos entornos culturales, pero las respuestas al duelo pueden manifestarse de formas culturalmente específicas, incluida la duración esperada, y mostrar variaciones históricas. Por ejemplo, en todas las culturas, las pesadillas sobre el difunto pueden ser especialmente angustiosas debido a su significado atribuido; la prevalencia de alucinaciones del difunto o de síntomas somáticos relacionados con el duelo puede variar; y expresiones indirectas de deterioro funcional relacionado con el trastorno de duelo prolongado (p. ej.,

326

comportamientos como la bebida o el cuidado personal deficiente) pueden ser más frecuentes que las expresiones directas de duelo. La incapacidad para llevar a cabo los rituales funerarios en algunas culturas puede empeorar los síntomas del trastorno por duelo prolongado, posiblemente debido a la interpretación de su impacto en el estado espiritual del difunto. Algunos estudios sugieren una mayor prevalencia de los síntomas del trastorno por duelo prolongado en los afroamericanos en relación con los blancos no hispanos; la causa de estas elevaciones requiere un mayor estudio en áreas como la exposición diferencial a la muerte súbita o violenta. Las diferencias en las prácticas de duelo pueden contribuir a la prescripción cultural o la prohibición de expresiones de duelo específicas, y las normas culturales sobre el estatus social de los dolientes pueden afectar la intensidad y duración del duelo, como los diferentes niveles de apoyo o sanción social hacia el nuevo matrimonio según el género de la persona. su desconsolada familia. El diagnóstico del trastorno requiere que las respuestas persistentes y severas vayan más allá de las normas culturales de las respuestas al duelo y no se expliquen mejor por rituales de duelo culturalmente específicos.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Algunos estudios encuentran una mayor prevalencia del trastorno o gravedad de los síntomas entre las mujeres en duelo, pero otros estudios concluyen que la disparidad de género es pequeña

y/o no estadísticamente significativo.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Las personas con síntomas de trastorno por duelo prolongado tienen un mayor riesgo de ideación suicida, incluso después de ajustar el efecto de la depresión mayor y el PTSD. La asociación de los síntomas del trastorno de duelo prolongado y la ideación suicida es constante a lo largo de la vida y en todo el país. Sin embargo, la literatura existente no establece si la ideación suicida asociada a síntomas de trastorno por duelo prolongado está relacionada con una mayor incidencia de conducta suicida. El estigma, el aislamiento, la pertenencia frustrada, la evitación y la angustia psicológica en las personas en duelo se asocian con la ideación suicida. En comparación con las personas cuyo duelo se debe a causas no violentas, las personas cuyos síntomas de trastorno de duelo prolongado son el resultado de una pérdida violenta (p. ej., homicidio, suicidio, accidente) tienen un mayor riesgo de ideación suicida.

De manera similar, las personas que experimentan la muerte de un hijo, especialmente si el niño es menor de 25 años, tienen más probabilidades de desarrollar síntomas de trastorno de duelo prolongado que se asocian con ideación suicida.

Consecuencias funcionales del trastorno

Los síntomas de duelo prolongado están asociados con deficiencias en el funcionamiento social y laboral y con comportamientos nocivos para la salud, como un mayor consumo de tabaco y alcohol. También se asocian con aumentos marcados en los riesgos de afecciones médicas graves, incluidas enfermedades cardíacas, hipertensión, cáncer, deficiencia inmunológica y calidad de vida reducida.

Las consecuencias a largo plazo en el desarrollo de niños y adolescentes incluyen abandono escolar prematuro, disminución de las aspiraciones educativas y logro académico reducido; las mujeres jóvenes en particular pueden dudar en casarse a medida que pasan a la edad adulta. El deterioro del funcionamiento cognitivo puede estar asociado con síntomas de un trastorno de duelo prolongado, especialmente en adultos de mediana edad y mayores.

Diagnóstico diferencial

Duelo normal.

El trastorno de duelo prolongado se distingue del duelo normal por la presencia de reacciones de duelo graves que persisten al menos 12 meses (6 meses en niños o adolescentes) después de la muerte de una persona cercana a la persona en duelo. Solo cuando los niveles severos de respuesta al duelo persisten durante el tiempo especificado después de la muerte, interfieren con la capacidad del individuo para funcionar y exceden las normas culturales, sociales o religiosas, se diagnostica el trastorno por duelo prolongado. Al evaluar el requisito de que los síntomas clínicamente significativos estén presentes la mayoría de los días durante el último mes, se debe tener en cuenta que se pueden observar aumentos marcados en la gravedad del duelo en el duelo normal alrededor del calendario.

327

días que son recordatorios de la pérdida, como el aniversario de la muerte, cumpleaños, aniversarios de bodas y días festivos; esta exacerbación de la gravedad del duelo no constituye por sí misma, en ausencia de duelo persistente en otros momentos, evidencia de un trastorno de duelo prolongado.

Trastornos depresivos. El trastorno de duelo prolongado, el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente comparten varios síntomas, que incluyen bajo estado de ánimo, llanto y pensamientos suicidas. Sin embargo, en el trastorno de duelo prolongado, la angustia se centra en los sentimientos de pérdida y separación de un ser querido en lugar de reflejar un estado de ánimo bajo generalizado. El trastorno depresivo mayor también puede estar precedido por la muerte de un ser querido, con o sin trastorno de duelo prolongado comórbido.

Trastorno de estrés postraumático. Las personas que experimentan duelo como resultado de una muerte violenta o accidental pueden desarrollar TEPT y un trastorno de duelo prolongado. Ambas condiciones pueden implicar pensamientos intrusivos y evitación. Mientras que las intrusiones en el PTSD giran en torno al evento traumático (que puede haber causado la muerte de un ser querido), los recuerdos intrusivos en el trastorno por duelo prolongado se centran en pensamientos sobre muchos aspectos de la relación con el difunto, incluidos los aspectos positivos de la relación y la angustia por la separación. A diferencia de la evitación en el PTSD, que se manifiesta por la evitación de recuerdos, pensamientos o sentimientos asociados con el evento traumático que condujo a la muerte del ser querido (p. ej., recuerdos del accidente automovilístico fatal que mató al ser querido), la evitación en

el trastorno de duelo prolongado consiste en recordatorios de que el ser querido ya no está presente (p. ej., evitación de actividades realizadas junto con el difunto). Además, revivir los recuerdos en el PTSD tiende a ser más perceptivo, y el individuo informa que el recuerdo se siente como si estuviera ocurriendo en el "aquí y ahora", lo que tiende a no ser el caso en el trastorno de duelo prolongado. En el trastorno de duelo prolongado, también existe un anhelo por el difunto, que está ausente en el PTSD.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por la ansiedad por la separación de las figuras de apego actuales, mientras que el trastorno de duelo prolongado implica angustia por la separación de una persona fallecida.

Desorden psicótico. Las alucinaciones sobre el difunto (p. ej., ver al difunto en su silla favorita) o las sensaciones transitorias sobre la presencia del difunto (p. ej., por el tacto, la voz o la vista) son comunes en distintas culturas durante el duelo normal, pueden experimentarse como tranquilizadoras, ya menudo ocurren mientras el individuo se está quedando dormido (hipnagógico). Para recibir un diagnóstico de trastorno psicótico, las personas con trastorno de duelo prolongado también deben respaldar otros síntomas de psicosis, como delirios, pensamiento desorganizado o síntomas negativos.

Comorbilidad Los

trastornos comórbidos más frecuentes con síntomas de duelo prolongado son el trastorno depresivo mayor, el TEPT y los trastornos por consumo de sustancias.

El PTSD es más frecuentemente comórbido con los síntomas del trastorno por duelo prolongado cuando la muerte ocurrió en circunstancias violentas o accidentales. El trastorno de ansiedad por separación que involucra a las principales figuras vivas de apego puede ser comórbido con los síntomas del trastorno por duelo prolongado.

Otros traumatismos y estresores especificados Trastorno relacionado

F43.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el trauma y el estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con los

328

criterios completos para cualquiera de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con el trauma y el estrés. La categoría de otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para ningún trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés. Esto se hace registrando “otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés” seguido de la razón específica (p. ej., “respuesta persistente al trauma con síntomas similares al TEPT”).

Los ejemplos de presentaciones que se pueden especificar usando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes: 1. **Trastornos similares a los de adaptación con inicio tardío de los síntomas que ocurren más de 3 meses después del factor estresante.**

2. **Trastornos similares a la adaptación con una duración prolongada de más de 6 meses sin una duración prolongada del factor estresante.**
3. **Respuesta persistente al trauma con síntomas similares al PTSD** (es decir, síntomas que ocurren en respuesta a un evento traumático que no alcanza el umbral de diagnóstico para el PTSD y que persiste durante más de 6 meses, a veces denominado “PTSD subumbral/parcial”).
4. **Ataque de nervios:** Ver “Cultivo y Diagnóstico Psiquiátrico” en la Sección III.
5. **Otros síndromes culturales:** Ver “Cultivo y Diagnóstico Psiquiátrico” en la Sección III.

Relacionado con traumatismos y factores estresantes no especificados Trastorno

F43.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el trauma y el estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con el trauma y el estrés. La categoría de trastorno relacionado con el trauma y el estrés no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en la sala de emergencias).

Trastornos disociativos

Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación corporal, el control motor y la conducta. Los síntomas disociativos pueden alterar potencialmente todas las áreas del funcionamiento psicológico. Este capítulo incluye el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa, el trastorno de despersonalización/desrealización, otro trastorno disociativo especificado y el trastorno disociativo no especificado.

Los trastornos disociativos se encuentran con frecuencia después de una amplia variedad de experiencias psicológicamente traumáticas en niños, adolescentes y adultos. A lo largo de este capítulo, "experiencias traumáticas" se refiere a experiencias que resultan en secuelas psicológicas, a diferencia del impacto físico que puede causar una lesión cerebral traumática. Por lo tanto, en el DSM-5, los trastornos disociativos se colocan al lado de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés, pero no forman parte de ellos, lo que refleja la estrecha relación entre estas clases diagnósticas. Tanto el trastorno de estrés agudo como el trastorno de estrés postraumático incluyen síntomas disociativos, como amnesia, flashbacks, insensibilidad y despersonalización/desrealización.

Los síntomas disociativos se experimentan como intrusiones espontáneas en la conciencia y el comportamiento, acompañadas de pérdidas de continuidad en la experiencia subjetiva (es decir, síntomas disociativos "positivos" tales como división de identidad, despersonalización y desrealización) y/o incapacidad para acceder a la información o para controlar las funciones mentales que normalmente son fáciles de acceder o controlar (es decir, síntomas disociativos "negativos" como la amnesia).

En todos los contextos culturales, los factores de riesgo de la patología disociativa incluyen el inicio temprano del trauma; negligencia y abuso sexual, físico y emocional por parte de los padres; traumas y adversidades acumulados en la vida temprana; y repetido

trauma sostenido o tortura asociada con el cautiverio (por ejemplo, experimentado por prisioneros de guerra, víctimas de la trata).

El trastorno de **despersonalización/desrealización** se caracteriza por una despersonalización persistente o recurrente clínicamente significativa (es decir, experiencias de irrealidad o desapego de la mente, el yo o el cuerpo) y/o desrealización (es decir, experiencias de irrealidad o desapego del entorno).

Estas alteraciones de la experiencia van acompañadas de una prueba de realidad intacta. No hay evidencia de ninguna distinción entre predominantemente despersonalización y predominantemente síntomas de desrealización. Las personas con este trastorno pueden tener despersonalización, desrealización o ambas.

La amnesia disociativa se caracteriza por una incapacidad para recordar información autobiográfica que es inconsistente con el olvido normal.

La amnesia puede ser localizada (es decir, un evento o período de tiempo), selectiva (es decir, un aspecto específico de un evento) o generalizada (es decir, identidad e historia de vida). En la amnesia disociativa, los déficits de memoria son principalmente retrógrados y a menudo se asocian con experiencias traumáticas (p. ej., falta de recuerdo del tercer grado cuando el individuo fue secuestrado y retenido como rehén). Aunque algunas personas con amnesia notan rápidamente que tienen lagunas o una sensación de fragmentación en su memoria remota, la mayoría de las personas con trastornos disociativos inicialmente no son conscientes de su amnesia o minimizan o racionalizan los déficits. Para ellos, la conciencia de la amnesia ocurre cuando se dan cuenta de que no recuerdan su identidad personal o cuando las circunstancias hacen que estos individuos se den cuenta de que falta información autobiográfica importante (por ejemplo, cuando descubren

330

pruebas o se les cuentan hechos pasados que no pueden recordar). La amnesia disociativa generalizada con pérdida de una parte importante o la totalidad de la historia de vida y/o la identidad del individuo es rara.

El trastorno de **identidad disociativo** se caracteriza por a) la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión y b) episodios recurrentes de amnesia disociativa. La fragmentación/división de la identidad puede variar según los contextos culturales (p. ej., presentaciones en forma de posesión) y según las circunstancias. Por lo tanto, las personas pueden experimentar discontinuidades en la identidad y la memoria que pueden no ser evidentes de inmediato.

a los demás o se oscurecen por los intentos de ocultar la disfunción. Los individuos con trastorno de identidad disociativo experimentan intrusiones recurrentes e inexplicables en su funcionamiento consciente y sentido de sí mismos (p. ej., voces, acciones y habla disociadas, pensamientos, emociones e impulsos intrusivos); alteraciones del sentido de sí mismo (p. ej., actitudes, preferencias y sentir que su cuerpo o sus acciones no son propias); cambios extraños de percepción (p. ej., despersonalización o desrealización, como sentirse indiferente, como si se observaran a sí mismos desde fuera de su cuerpo); y síntomas neurológicos funcionales intermitentes. El estrés a menudo produce una exacerbación transitoria de los síntomas disociativos que los hace más evidentes.

La categoría residual de **otro trastorno disociativo específico** incluye presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar o deterioro clínicamente significativos, pero que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos disociativos específicos. Los ejemplos incluyen alteraciones de la identidad asociadas con discontinuidades menos que marcadas en el sentido del yo y de la agencia, alteraciones de la identidad o episodios de posesión en ausencia de antecedentes de episodios de amnesia disociativa; perturbación de la identidad debido a la persuasión coercitiva prolongada e intensa, como puede ocurrir en sectas/cultos u organizaciones terroristas; reacciones disociativas agudas a eventos estresantes que duran menos de 1 mes; y trance disociativo, que se caracteriza por un estrechamiento agudo o pérdida completa de la conciencia del entorno inmediato que se manifiesta como una profunda falta de respuesta o insensibilidad a los estímulos ambientales.

Trastorno de identidad disociativo

Criterios de diagnóstico

F44.81

- A. Alteración de la identidad caracterizada por dos o más estados de personalidad distintos, que pueden describirse en algunas culturas como una experiencia de posesión. La interrupción de la identidad implica una marcada discontinuidad en el sentido del yo y el sentido de agencia, acompañada de alteraciones relacionadas en el afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, la cognición, la

y/o funcionamiento sensorio-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por otros o informados por el individuo.

- B. Brechas recurrentes en el recuerdo de eventos cotidianos, información personal importante y/o eventos traumáticos que son inconsistentes con el olvido ordinario.
 - C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - D. La perturbación no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.
- Nota:** En los niños, los síntomas no se explican mejor con compañeros de juegos imaginarios u otros juegos de fantasía.
- E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos o comportamiento caótico durante la intoxicación por alcohol) u otra afección médica (p. ej., convulsiones parciales complejas).

Características diagnósticas

La característica definitoria del trastorno de identidad disociativo es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión (Criterio A). La apertura o encubrimiento de estos estados de personalidad varía en función de la motivación psicológica, el nivel actual de estrés, el contexto cultural, los conflictos y dinámicas internas y la resiliencia emocional, entre otros factores. Pueden ocurrir períodos sostenidos de confusión/alteración de la identidad cuando las presiones psicosociales son graves y/o prolongadas. En aquellos casos de trastorno de identidad disociativo que se presentan como individuos poseídos por identidades externas (p. ej., espíritus, demonios) (trastorno de identidad disociativo con forma de posesión), y en una pequeña proporción de casos sin forma de posesión, manifestaciones de identidades alternativas son fácilmente observables. La mayoría de las personas con trastorno de identidad disociativo sin forma de posesión no muestran abiertamente, o solo muestran sutilmente, su discontinuidad de i

sólo una minoría se presenta a la atención clínica con alternancia discernible de identidades. La elaboración de estados de personalidad disociados con diferentes nombres, vestuario, peinados, escrituras, acentos, etc., ocurre solo en una **minoría** de individuos con el trastorno de identidad disociativo sin forma de posesión y **no** es esencial para el diagnóstico. En aquellos casos en los que no se pueden observar directamente estados de personalidad alternativos, la presencia de estados de personalidad distintos puede identificarse por alteraciones o discontinuidades repentinas en el sentido del yo y el sentido de agencia del individuo (Criterio A) y amnesias disociativas recurrentes (Criterio B).

Los síntomas del criterio A están relacionados con discontinuidades en la experiencia que pueden afectar cualquier aspecto del funcionamiento de un individuo. Las personas con trastorno de identidad disociativo pueden informar la sensación de que de repente se han convertido en observadores despersonalizados de su propio discurso y acciones, que pueden sentirse impotentes para detener (es decir, sentido de identidad deteriorado y sentido de agencia disminuido). Estos individuos también pueden reportar percepciones de voces (p. ej., la voz de un niño, voces que comentan sobre los pensamientos o el comportamiento del individuo, voces persecutorias y alucinaciones de órdenes). En algunos casos, se niega específicamente escuchar voces, pero el individuo informa múltiples corrientes de pensamiento independientes, desconcertantes sobre las cuales el individuo no experimenta ningún control. Las personas con trastorno de identidad disociativo pueden informar alucinaciones en todas las modalidades sensoriales: auditiva, visual, táctil, olfativa y gustativa.

Las emociones fuertes, los impulsos, los pensamientos e incluso el habla u otras acciones pueden materializarse repentinamente, sin un sentido de propiedad o control personal (es decir, falta de sentido de agencia). Por el contrario, los pensamientos y las emociones pueden desaparecer inesperadamente y el habla y las acciones se inhiben abruptamente. Estas experiencias se informan con frecuencia como egodistónicas y desconcertantes. Las actitudes, las perspectivas y las preferencias personales (p. ej., acerca de la comida, las actividades, la identidad de género) pueden cambiar repentinamente. Las personas pueden informar que sus cuerpos se sienten diferentes (p. ej., como un niño pequeño, del sexo opuesto, diferentes edades simultáneamente). Las alteraciones en el sentido del yo y de la agencia pueden ir acompañadas de un sentimiento de que las actitudes, las emociones y los comportamientos, incluso el propio cuerpo del individuo, "no son míos" o "no". Aunque la mayoría de los síntomas del Criterio A son subjetivos, estas discontinuidades repentinas en el habla, el afecto y el comportamiento pueden ser presenciadas por familiares, amigos o el médico.

En la mayoría de las personas con trastorno de identidad disociativo, el cambio de estado es sutil y puede ocurrir solo con cambios sutiles en la presentación manifiesta. El cambio de estado puede ser más evidente en la forma de posesión del trastorno de identidad disociativo. En general, el individuo con trastorno de identidad disociativo se experimenta a sí mismo como múltiples estados que se superponen e interfieren simultáneamente.

La amnesia disociativa (Criterio B) se manifiesta en varios dominios principales: 1) lagunas en cualquier aspecto de la memoria autobiográfica (p. ej., eventos importantes de la vida como casarse o dar a luz, falta de recuerdo de todas las experiencias escolares antes de la escuela secundaria); 2) lapsos en la memoria de eventos recientes o habilidades bien aprendidas (p. ej., cómo hacer el trabajo, usar una computadora, cocinar o conducir); y 3) descubrimiento de posesiones que el individuo no recuerda haber poseído alguna vez (p. ej., ropa, armas, herramientas, escritos o dibujos que él o ella debe haber creado).

332

Son comunes las fugas disociativas, con amnesia para viajar. Las personas pueden informar que se encuentran repentinamente en otra ciudad, en el trabajo o incluso en casa: en el armario, debajo de la cama o saliendo corriendo de la casa. La amnesia en personas con trastorno de identidad disociativo no se limita a eventos estresantes o traumáticos; también puede involucrar eventos cotidianos. Las personas pueden informar lagunas importantes en la memoria en curso (p. ej., experimentar "pérdida de tiempo", "apagones" o "volver en sí" en medio de hacer algo). La amnesia disociativa puede ser evidente para los demás (p. ej., el individuo no recuerda algo que otros presenciaron que él o ella hizo o dijo, no puede recordar su propio nombre o puede no reconocer a su cónyuge, hijos o amigos cercanos). La minimización o racionalización de la amnesia es común.

Las identidades en forma de posesión en el trastorno de identidad disociativo típicamente se manifiestan conductualmente como si un "espíritu", un ser sobrenatural o una persona externa hubiera tomado el control, con el individuo hablando o actuando de una manera claramente diferente. Por ejemplo, el comportamiento de un individuo puede dar la apariencia de que su identidad ha sido reemplazada por el "fantasma" de una niña que se suicidó en la misma comunidad años antes, hablando y actuando como si todavía estuviera viva. Las identidades que surgen durante el trastorno de identidad disociativo en forma de posesión se presentan de forma recurrente, no son deseadas y

involuntaria y causar malestar o deterioro clínicamente significativos (Criterio C). Sin embargo, la mayoría de los estados de posesión que ocurren en todo el mundo suelen ser parte de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada y, por lo tanto, no cumplen los criterios para el trastorno de identidad disociativo (Criterio D).

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de identidad disociativo suelen presentar depresión comórbida, ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones u otro síntoma común. Las convulsiones no epilépticas y otros síntomas neurológicos funcionales son prominentes en algunas presentaciones del trastorno de identidad disociativo, especialmente en algunos entornos no occidentales. Algunas personas, especialmente en entornos occidentales, pueden presentar síntomas neurológicos aparentemente refractarios, como dolores de cabeza, convulsiones o síntomas sugestivos de esclerosis múltiple.

Las personas con trastorno de identidad disociativo a menudo ocultan, o no son plenamente conscientes de, las alteraciones de la conciencia, la amnesia u otros síntomas disociativos. Muchas personas con trastorno de identidad disociativo informan flashbacks disociativos durante los cuales experimentan una revivencia sensorial de un evento anterior como si estuviera ocurriendo en el presente, a menudo con un cambio de identidad, una pérdida parcial o total de contacto o desorientación con respecto a la realidad actual durante el flashback, y una amnesia posterior por el contenido del flashback. Las personas con el trastorno suelen informar múltiples tipos de maltrato interpersonal durante la infancia y la edad adulta. También se pueden informar otros eventos abrumadores de la vida temprana, como múltiples procedimientos médicos largos y dolorosos en la vida temprana. Las autolesiones no suicidas son frecuentes. En medidas estandarizadas, estos individuos informan niveles más altos de hipnotizabilidad y síntomas disociativos en comparación con otros grupos clínicos y sujetos de control sanos. Algunas personas experimentan fenómenos o episodios psicóticos transitorios.

Entre las características de la personalidad, las características de la personalidad por evitación suelen ser más altas en las personas con trastorno de identidad disociativo, y algunas personas con trastorno de identidad disociativo son tan evitativas que prefieren estar solas. Cuando están descompensados, algunos individuos con trastorno de identidad disociativo muestran rasgos de personalidad borde

(es decir, conductas autodestructivas de alto riesgo e inestabilidad del estado de ánimo).

Muchas personas con trastorno de identidad disociativo muestran problemas de apego, pero por lo general no exhiben una actividad frenética para evitar ser abandonadas. Algunos tienen relaciones estables a largo plazo, aunque con frecuencia disfuncionales y/o abusivas, de las que pueden tener dificultades para salir. Los rasgos de personalidad obsesiva son comunes en el trastorno de identidad disociativo, más que los rasgos de personalidad histriónicos.

un subgrupo de

333

las personas con trastorno de identidad disociativo tienen rasgos de personalidad narcisistas y/o antisociales.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del trastorno de identidad disociativo entre adultos en un pequeño estudio comunitario de EE. UU. fue del 1,5 %. La prevalencia de por vida del trastorno de identidad disociativo fue del 1,1% en una muestra representativa de mujeres comunitarias en el medio este de Turquía.

Desarrollo y curso El trastorno puede

manifestarse por primera vez a casi cualquier edad, desde la primera infancia hasta la vejez. Los niños por lo general no presentan cambios de identidad, sino que se presentan principalmente con compañeros imaginarios que actúan de forma independiente, o como estados de "estado de ánimo" personificados (fenómenos del Criterio A). La disociación en los niños puede generar problemas de memoria, concentración y apego, y puede estar asociada al juego traumático. En los adolescentes, el trastorno de identidad disociativo comúnmente llama la atención clínica debido a los síntomas de externalización, comportamiento suicida/autodestructivo o cambios rápidos de comportamiento a menudo atribuidos a otros trastornos como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o el trastorno bipolar infantil. Algunos niños con trastorno de identidad disociativo también pueden ser bastante agresivos e irritables.

Las personas mayores con trastorno de identidad disociativo pueden presentar síntomas que parecen ser trastornos del estado de ánimo de la vejez, trastornos obsesivo-compulsivos

trastorno, paranoia, trastornos psicóticos del estado de ánimo, o incluso trastornos cognitivos atribuibles a la amnesia disociativa.

La alteración/confusión de identidad manifiesta puede desencadenarse por muchos factores, como experiencias traumáticas posteriores (p. ej., agresión sexual), o incluso factores estresantes aparentemente intrascendentes, como un accidente automovilístico menor. La experiencia de otros factores estresantes de la vida importantes o acumulativos también puede empeorar los síntomas, incluidos los eventos de la vida, como que los hijos de la persona alcancen la misma edad en la que la persona fue abusada o traumatizada significativamente. La muerte o el inicio de una enfermedad fatal en el(los) abusador(es) de la persona es otro ejemplo de un evento que puede empeorar los síntomas. Las personas con trastorno de identidad disociativo tienen un alto riesgo de sufrir traumas interpersonales en adultos, como violación, violencia de pareja íntima y explotación sexual, incluido el abuso incestuoso continuo hasta la edad adulta, así como la trata de adultos.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. En el contexto de la patología familiar y del apego, el trauma en la vida temprana (p. ej., abandono y abuso físico, sexual y emocional, generalmente antes de los 5 a 6 años) representa un factor de riesgo para el trastorno de identidad disociativo. En estudios de diversas regiones geográficas, alrededor del 90 % de las personas con el trastorno informan múltiples tipos de abandono temprano y abuso infantil, que a menudo se extienden hasta la adolescencia tardía. Algunas personas informan que el maltrato ocurrió principalmente fuera de la familia, en la escuela, la iglesia y/o los vecindarios, incluido el acoso severo. Otras formas de experiencias traumáticas repetidas en la vida temprana incluyen procedimientos médicos y quirúrgicos infantiles múltiples y dolorosos; guerra; terrorismo; o ser objeto de trata desde la infancia. El inicio también se ha descrito después de una exposición prolongada ya menudo transgeneracional a dinámicas familiares disfuncionales (p. ej., crianza excesivamente controladora, apego inseguro, abuso emocional) en ausencia de negligencia clara o abuso sexual o físico.

Genético y fisiológico. Los estudios con gemelos sugieren que la genética representa alrededor del 45% al 50% de la variación interindividual en los síntomas disociativos, y las experiencias ambientales traumáticas, estresantes y no compartidas representan la mayor parte de la variación adicional. Varias regiones del cerebro se han implicado en la fisiopatología del trastorno de identidad disociativo,

incluyendo la corteza orbitofrontal, el hipocampo, la circunvolución parahipocampal y la amígdala.

334

Modificadores de curso. El trauma sexual, físico y emocional continuo a menudo conduce a dificultades significativas en el funcionamiento posterior. Los peores resultados en adultos suelen estar relacionados con factores estresantes psicosociales graves, revictimización, abuso o explotación sexual o física continua, violencia de pareja íntima, uso refractario de sustancias, trastornos alimentarios, enfermedades médicas graves, enredo con la familia de origen abusiva del individuo o participación continua en subgrupos delictivos. Un funcionamiento más deficiente también puede estar relacionado con la perpetración de maltrato infantil o violencia de pareja íntima por parte de personas con trastorno de identidad disociativo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Muchas características del trastorno de identidad disociativo pueden verse influidas por los antecedentes socioculturales del individuo. En entornos donde los síntomas de posesión son comunes (p. ej., áreas rurales en países de bajos y medianos ingresos, entre ciertos grupos religiosos en los Estados Unidos y Europa), todas o algunas de las identidades fragmentadas pueden tomar la forma de espíritus, deidades, demonios, animales o figuras míticas. La aculturación o el contacto intercultural prolongado pueden dar forma a la presentación de las otras identidades (p. ej., las identidades en la India pueden hablar inglés exclusivamente y usar ropa occidental). El trastorno de identidad disociativo en forma de posesión se puede distinguir de los estados de posesión culturalmente aceptados en que el primero es involuntario, angustioso e incontrolable; implica conflicto entre el individuo y su entorno familiar, social o laboral; y se manifiesta en momentos y lugares que violan las normas culturales o religiosas.

Los episodios combinados de psicosis disociativa pueden ser más comunes en contextos culturales con marcada violencia u opresión comunitaria y oportunidades limitadas de reparación.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las mujeres con trastorno de identidad disociativo predominan en entornos clínicos de adultos, pero no en entornos clínicos de niños/adolescentes o en estudios de población general. Se han encontrado pocas diferencias en los perfiles de síntomas, la historia clínica y la historia de trauma infantil en las comparaciones entre hombres y mujeres con trastorno de identidad disociativo, excepto que las mujeres pueden tener tasas más altas de somatización.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas La conducta suicida es frecuente. Más del 70% de los pacientes ambulatorios con trastorno de identidad disociativo han intentado suicidarse; los intentos múltiples son comunes, y otros comportamientos autolesivos y de alto riesgo son muy frecuentes.

Las personas con trastorno de identidad disociativo tienen múltiples factores de riesgo que interactúan para el comportamiento autodestructivo y/o suicida. Éstos incluyen trauma acumulativo, severo temprano y posterior de la vida; altas tasas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido, trastornos depresivos y trastornos por uso de sustancias; y características del trastorno de personalidad. La disociación en sí misma es un factor de riesgo independiente para múltiples intentos de suicidio. Una mayor gravedad de las puntuaciones de los síntomas disociativos se asocia con una mayor frecuencia de intentos de suicidio y autolesiones no suicidas entre las personas con trastornos disociativos.

Consecuencias funcionales de la identidad disociativa Trastorno

Algunos niños y adolescentes con trastorno de identidad disociativo pueden funcionar mal en la escuela y en las relaciones. A otros les va bien en la escuela, experimentándolo como un respiro. En los adultos, el deterioro varía ampliamente, desde aparentemente mínimo (p. ej., en profesionales de alto desempeño) hasta profundo.

Los síntomas de los individuos con un funcionamiento superior pueden afectar sus funciones relacionales, conyugales, familiares y de crianza más que su vida laboral y profesional, aunque esta última también puede verse afectada.

Muchas personas con discapacidad muestran una mejora en el funcionamiento personal y ocupacional con el tiempo, mientras que algunas personas con trastornos disociativos

El trastorno de identidad puede verse afectado en la mayoría de las actividades de la vida y funcionar al nivel de una enfermedad mental crónica y persistente.

Diagnóstico diferencial Tanto

Amnesia disociativa. el trastorno de identidad disociativo como la amnesia disociativa se caracterizan por lagunas en el recuerdo de sucesos cotidianos, información personal importante o sucesos traumáticos que son incompatibles con el olvido ordinario. El trastorno de identidad disociativo se distingue de la amnesia disociativa por la presencia adicional de alteración de la identidad caracterizada por dos o más estados de personalidad distintos.

Trastorno de despersonalización/desrealización El básico rasgo de

El trastorno de despersonalización/desrealización consiste en episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambos. Las personas con trastorno de despersonalización/desrealización no experimentan la presencia de estados de personalidad/identidad con alteraciones del yo y de la agencia, ni suelen reportar amnesia disociativa.

Trastorno depresivo mayor. La mayoría de las personas con trastorno de identidad disociativo tienen un estado emocional postraumático negativo de por vida, a menudo con inicio en la niñez, y sus síntomas parecen cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor. Además, la reactividad postraumática a las épocas del año en que ocurrió el trauma (reacciones de aniversario), que se manifiesta principalmente con más abatimiento, angustia e ideación suicida, también puede parecer un trastorno depresivo mayor, con un patrón estacional.

Sin embargo, las personas con trastorno depresivo mayor o trastorno depresivo persistente no experimentan fluctuaciones disociativas en sí mismos y en la agencia ni amnesia disociativa. Es importante evaluar si todos o la mayoría de los estados de identidad experimentan el estado de ánimo adverso, ya que los síntomas del trastorno del estado de ánimo pueden fluctuar porque se experimentan en algunos estados de identidad, pero no en otros.

Trastornos bipolares. El trastorno de identidad disociativo suele diagnosticarse erróneamente como trastorno bipolar, típicamente trastorno bipolar II, con características mixtas. Los cambios relativamente rápidos en el estado conductual de las personas con trastorno de identidad disociativo, por lo general en cuestión de minutos u horas, son atípicos incluso para las personas con trastornos bipolares de ciclos más rápidos. Estos estados

las alteraciones se deben a estados disociativos que cambian rápidamente y/o intrusiones postraumáticas fluctuantes. A veces, estos cambios van acompañados de cambios rápidos en los niveles de activación, pero estos suelen durar de minutos a horas, no días, y están asociados con la activación de estados de identidad específicos. El estado de ánimo elevado o deprimido puede experimentarse como loculado en identidades específicas, a través de fenómenos de superposición/interferencia. Por lo general, el individuo con trastorno de identidad disociativo no tiene un trastorno del sueño bipolar clásico (p. ej., una necesidad reducida de dormir), sino que sufre pesadillas crónicas y graves y escenas retrospectivas nocturnas que interrumpen el sueño.

Trastorno de estrés postraumático. La mayoría de las personas con trastorno de identidad disociativo tendrán síntomas que cumplen los criterios diagnósticos de PTSD comórbido. Los síntomas disociativos característicos del trastorno de identidad disociativo deben diferenciarse de la amnesia disociativa, los flashbacks disociativos y la despersonalización/desrealización características del trastorno de estrés agudo, el TEPT o el subtipo disociativo del TEPT.

La amnesia disociativa en el PTSD generalmente se manifiesta solo por eventos traumáticos específicos o aspectos de eventos traumáticos, a diferencia de la amnesia disociativa compleja y crónica característica del trastorno de identidad disociativo. Los síntomas de despersonalización/desrealización en el subtipo disociativo de PTSD están relacionados con recordatorios postraumáticos específicos.

Los síntomas de despersonalización/desrealización en el trastorno de identidad disociativo pueden ocurrir no solo en respuesta a recordatorios postraumáticos, sino también de manera continua en la vida diaria, incluso en respuesta a interacciones interpersonales estresantes y cuando hay superposición/interferencia entre estados.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Las personas con trastorno de identidad disociativo pueden experimentar síntomas que superficialmente pueden parecer similares a los del trastorno psicótico.

trastornos Estos incluyen alucinaciones auditivas y síntomas característicos de la intrusión de estados de personalidad en la conciencia del individuo; estos síntomas aparentemente pueden parecerse a algunos de los síntomas de primer orden de Schneider que antes se consideraban indicativos de esquizofrenia (p. ej., transmisión de pensamientos, inserción de pensamientos,

retramiento, escuchar voces manteniendo un comentario continuo sobre el individuo). Por ejemplo, escuchar diferentes estados de personalidad discutiendo sobre el individuo puede parecerse a las alucinaciones auditivas de voces discutiendo en la esquizofrenia. El individuo con trastorno de identidad disociativo también puede experimentar pensamientos o emociones de un estado de personalidad intruso, que puede parecerse a la inserción de pensamientos en la esquizofrenia, así como experimentar la desaparición repentina de estos pensamientos o emociones, que puede parecerse a la retirada de pensamientos. Tales experiencias en un individuo con esquizofrenia suelen ir acompañadas de creencias delirantes sobre la causa de esos síntomas (es decir, pensamientos insertados por una fuerza externa), mientras que los individuos con trastorno de identidad disociativo suelen experimentar estos síntomas como ajenos al yo y aterradores. Las personas con trastorno de identidad disociativo también pueden informar una variedad de alucinaciones visuales, táctiles, olfativas, gustativas y somáticas, que generalmente están relacionadas con factores autohipnóticos, postraumáticos y disociativos, como flashbacks parciales, en contraste con las personas con esquizofrenia, cuyas alucinaciones son principalmente auditivos y menos comúnmente visuales.

Por lo tanto, el trastorno de identidad disociativo y los trastornos psicóticos se distinguen por los síntomas característicos de una de estas condiciones y no de la otra (p. ej., amnesia disociativa en el trastorno de identidad disociativo y no en los trastornos psicóticos). Finalmente, las personas con esquizofrenia tienen una capacidad hipnótica baja, mientras que las personas con trastorno de identidad disociativo tienen la capacidad hipnótica más alta entre todos los grupos clínicos.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Las personas con trastorno de identidad disociativo con frecuencia tienen antecedentes actuales o pasados de trastornos por consumo de sustancias. Los síntomas asociados con los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos) deben distinguirse de la amnesia disociativa en el trastorno de identidad disociativo si se considera que la sustancia en cuestión está etiológicamente relacionada con la pérdida de memoria.

Desorden de personalidad. Las personas con trastorno de identidad disociativo a menudo presentan identidades que parecen encapsular una variedad de características graves del trastorno de personalidad, lo que sugiere un diagnóstico diferencial de trastorno de personalidad, especialmente del tipo límite. Sin embargo, es importante señalar que la variabilidad longitudinal del individuo en el estilo de personalidad (atribuible a la inconsistencia entre las identidades) difiere de la disfunción generalizada y persistente en el estilo de personalidad.

Manejo de afectos y relaciones interpersonales propias de las personas con trastornos de personalidad.

Amnesia postraumática por daño cerebral. Tanto el trastorno de identidad disociativo como la lesión cerebral traumática (TBI) se caracterizan por lagunas en la memoria. Otras características de TBI incluyen pérdida de conciencia, desorientación y confusión o, en casos más graves, signos y síntomas neurológicos.

Un trastorno neurocognitivo debido a TBI se manifiesta inmediatamente después de que ocurre una lesión cerebral o inmediatamente después de que el individuo recupera la conciencia después de la lesión, y persiste más allá del período agudo posterior a la lesión. La presentación cognitiva de un trastorno neurocognitivo después de una LCT es variable e incluye dificultades en los dominios de la atención compleja, la función ejecutiva y el aprendizaje y la memoria, así como una velocidad más lenta en el procesamiento de la información y alteraciones en la cognición social. Si bien la despersonalización no es infrecuente después de una TBI, las características neurocognitivas adicionales mencionadas anteriormente ayudan a distinguirla de la amnesia disociativa que forma parte del trastorno de identidad disociativo. Además, la amnesia disociativa que ocurre en el contexto del trastorno de identidad disociativo se acompaña de una marcada discontinuidad en el sentido del yo y el sentido de agencia, que no son características de TBI.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)funcional

El trastorno de síntomas neurológicos puede distinguirse del trastorno de identidad disociativo por la ausencia de alteración de la identidad caracterizada por dos o más estados de personalidad distintos o una

337

experiencia de posesión. La amnesia disociativa en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales es más limitada y circunscrita (p. ej., amnesia para una convulsión no epiléptica).

Trastorno facticio y simulación. Las personas que fingen un trastorno de identidad disociativo no suelen manifestar los síntomas sutiles de intrusión característicos del trastorno; en cambio, tienden a sobreinformar los síntomas del trastorno basados en los medios, como la amnesia disociativa dramática y los cambios de comportamiento melodramáticos, mientras que subinforman los síntomas comórbidos menos publicitados, como la depresión. Individuos que fingen disociación

El trastorno de identidad tiende a ser relativamente imperturbable o incluso puede parecer que disfruta "tener" el trastorno, o puede pedir a los médicos que "encuentren" recuerdos traumáticos. Por el contrario, la mayoría de las personas con un trastorno de identidad disociativo genuino se avergüenzan y se sienten abrumadas por sus síntomas, niegan el diagnóstico, subestiman sus síntomas y muestran minimización y evitación de su historial de trauma.

Las personas que fingen los síntomas del trastorno de identidad disociativo suelen crear identidades alternativas limitadas y estereotipadas, con amnesia fingida relacionada solo con los eventos para los que se busca ganancia, con conductas de cambio aparente y amnesia que solo se manifiestan mientras son observados. Pueden presentar una identidad "completamente buena" y una identidad "completamente mala" con la esperanza de obtener la excusación por un delito.

Comorbilidad Los

trastornos que son comórbidos con el trastorno de identidad disociativo incluyen el TEPT, los trastornos depresivos, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos alimentarios y alimentarios, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de personalidad específicos con rasgos de personalidad evitativos, obsesivo-compulsivos o límite. Las formas más comunes de trastorno de síntomas neurológicos funcionales incluyen convulsiones no epilépticas, alteraciones de la marcha y parálisis. Con mayor frecuencia, las convulsiones no epilépticas se parecen a las convulsiones de gran mal o las convulsiones parciales complejas con focos en el lóbulo temporal; otros pueden simular crisis de ausencia o parciales.

Amnesia disociativa

Criterios de diagnóstico

F44.0

A. Una incapacidad para recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es inconsistente con el olvido ordinario.

Nota: La amnesia disociativa suele consistir en amnesia localizada o selectiva para un evento o eventos específicos; o

amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol u otra droga de abuso, un medicamento) ni a una afección neurológica o médica (p. ej., convulsiones complejas parciales, amnesia global transitoria, secuelas de un cerebro cerrado). lesión/lesión cerebral traumática, otra afección neurológica).
- D. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de identidad disociativo, un trastorno de estrés postraumático, un trastorno de estrés agudo, un trastorno de síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

Nota de codificación: el código de amnesia disociativa sin fuga disociativa es **F44.0**. El código de amnesia disociativa con fuga disociativa es **F44.1**.

Especificar

si: **F44.1 Con fuga disociativa:** viaje aparentemente intencional o deambulación desconcertada que se asocia con amnesia de identidad u otra información autobiográfica importante.

338

Especificadores

El especificador “con fuga disociativa” se aplica cuando la amnesia disociativa ocurre en el contexto de una fuga disociativa, que se caracteriza por un viaje aparentemente intencional o un deambular desconcertado que se asocia con amnesia de identidad u otra información autobiográfica importante.

Características de diagnóstico

La característica definitoria de la amnesia disociativa es la incapacidad de recordar información autobiográfica importante que 1) debería ser exitosamente

almacenados en la memoria y 2) normalmente serían recordados libremente (Criterio A). La amnesia disociativa se conceptualiza como un déficit de recuperación de la memoria potencialmente reversible. De esta forma, entre otras, se diferencia de las amnesias atribuibles a daño neurobiológico o toxicidad que perjudican el almacenamiento o recuperación de la memoria.

Puede manifestarse una variedad de tipos de amnesia disociativa. En general, el déficit de memoria en la amnesia disociativa es **retrogrado** y, excepto en casos raros, no se asocia con amnesia continua para eventos de la vida contemporánea.

Los deterioros de la memoria retrospectiva incluyen no solo recuerdos perdidos de experiencias traumáticas, sino también recuerdos perdidos de la vida cotidiana durante la cual no ocurrió ningún trauma. Con mayor frecuencia, las personas con amnesia disociativa informan amnesia **localizada**: *la* incapacidad de recordar eventos durante un período de tiempo limitado; y/o **amnesia selectiva**: *el* individuo puede recordar algunos, pero no todos, los eventos durante un período de tiempo limitado. En la **amnesia sistematizada**, el individuo no logra recordar una categoría específica de información importante (p. ej., recuerdo fragmentario del hogar en el que creció, pero recuerdo continuo de la escuela; no recuerdo de un hermano mayor violento; falta de recuerdo de una habitación específica en el hogar de la infancia del individuo). Los individuos rara vez se quejan abiertamente de los síntomas de estas formas de amnesia disociativa e intentan minimizar y racionalizar la pérdida de memoria.

La **amnesia disociativa generalizada** implica una pérdida completa de la memoria para la mayor parte o la totalidad de la historia de vida del individuo. Las personas con amnesia generalizada pueden olvidar su identidad personal (p. ej., una mujer pierde la memoria de toda la historia de su vida después de ceder a la presión repetida de un amigo cercano para entablar una relación sexual), perder conocimientos previos sobre el mundo (p. ej., eventos políticos recientes, cómo usar la tecnología actual), y con menos frecuencia carecen de acceso a habilidades bien aprendidas (por ejemplo, qué son los lentes de contacto y cómo ponérselos). La amnesia disociativa generalizada tiene un inicio agudo; la perplejidad, la desorientación y la deambulación sin propósito de las personas con amnesia generalizada suelen llamar la atención de la policía o los servicios de urgencias psiquiátricas. La fuga disociativa se asocia comúnmente con amnesia disociativa generalizada y se puede indicar utilizando el especificador "con fuga disociativa". La amnesia disociativa generalizada puede ser más común entre los veteranos de combate, las víctimas de agresiones sexuales y las personas que experimentan estrés emocional extremo o

conflicto. En la amnesia continua (es decir, amnesia disociativa anterógrada), un individuo olvida cada nuevo evento a medida que ocurre.

Las personas con amnesia disociativa con frecuencia no son conscientes (o solo parcialmente) de sus problemas de memoria. Pueden recordar algunos eventos traumáticos, o partes de eventos traumáticos, pero no otros del mismo tipo. Muchos, especialmente aquellos con amnesia localizada, minimizan la importancia de su pérdida de memoria y pueden sentirse incómodos cuando se les pide que lo aborden.

Funciones asociadas

Muchas personas con amnesia disociativa tienen una discapacidad crónica en su capacidad para formar y mantener relaciones satisfactorias. Las historias de trauma, especialmente abuso infantil y victimización son comunes. Algunas personas con amnesia disociativa reportan flashbacks disociativos (es decir, revivir el comportamiento de eventos traumáticos). Muchos tienen un historial de

339

autolesiones no suicidas, intentos de suicidio y otros comportamientos de alto riesgo.

Los síntomas neurológicos depresivos y funcionales son comunes, al igual que la despersonalización, los síntomas autohipnóticos y la alta hipnotizabilidad.

Las disfunciones sexuales son comunes. La lesión cerebral traumática (TBI) leve puede preceder a la amnesia disociativa.

Predominio

La prevalencia de 12 meses de amnesia disociativa entre adultos en un pequeño estudio comunitario de EE. UU. fue del 1,8 %.

Desarrollo y evolución

Se ha observado amnesia disociativa en niños pequeños, adolescentes, adultos y poblaciones geriátricas. La amnesia en niños menores de 12 años puede ser la más difícil de evaluar porque a menudo tienen dificultades para comprender las preguntas sobre la amnesia, y a los entrevistadores les puede resultar difícil formular preguntas adecuadas para los niños sobre la memoria y la amnesia, especialmente en niños más pequeños. Las observaciones de amnesia disociativa aparente a menudo son difíciles de diferenciar de la falta de atención, la absorción,

ensoñación, ansiedad, comportamiento de oposición y trastornos del aprendizaje. Es posible que se necesiten informes de varias fuentes diferentes (p. ej., maestro, terapeuta, asistente social) para diagnosticar la amnesia en los niños. Es menos probable que algunos adolescentes traumatizados con amnesia disociativa acudan a la atención clínica debido a los niveles más bajos de síntomas intrusivos del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y al comportamiento menos externalizante. La conducta de fuga disociativa en niños y adolescentes puede estar limitada por el espacio de vida del niño (p. ej., un niño en una fuga que "viene" después de ir en bicicleta a un vecindario desconocido, un adolescente que se encuentra tomando el transporte público a un pueblo cercano).

El inicio de la amnesia generalizada suele ser repentino. Las personas pueden experimentar múltiples episodios de este tipo de amnesia disociativa. Un solo episodio puede predisponer a futuros episodios. Entre los episodios de amnesia, el individuo puede o no parecer tener síntomas agudos. Algunos episodios de amnesia generalizada aguda se resuelven rápidamente (p. ej., cuando se retira al individuo del combate o de alguna otra situación estresante, y/o se le llama atención clínica). Un subgrupo sustancial de individuos desarrolla déficits crónicos de memoria autobiográfica altamente perjudiciales y debilitantes, de modo que incluso "volver a aprender" su historia de vida no mejora la pérdida de memoria.

La eliminación de las circunstancias traumáticas que generaron amnesia disociativa generalizada aguda (p. ej., combate) puede provocar un rápido retorno de la memoria. La pérdida de memoria de los individuos con fuga disociativa puede ser particularmente refractaria. El trauma de la vida posterior, el estrés de la vida o las pérdidas pueden preceder a la ruptura de los déficits de memoria autobiográfica de larga data relacionados con el trauma de la niñez o la edad adulta, con la aparición de TEPT agudo, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y peligrosidad para uno mismo o para los demás, entre otros síntomas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La traumatización severa, aguda o crónica es el principal factor de riesgo para la amnesia disociativa. Los traumas y las adversidades acumulados en la vida temprana, especialmente el abuso físico y sexual, son los principales factores de riesgo de la amnesia disociativa en la niñez y la adolescencia. Abuso sexual más severo, múltiples episodios de abuso sexual infantil y abuso sexual por parte de un

familiar, especialmente con la traición de una figura de apego cercano, puede aumentar la extensión de los trastornos de la memoria autobiográfica infantil. Las personas con amnesia disociativa pueden negar el recuerdo de traumas infantiles específicos (p. ej., agresión sexual), incluso aquellos documentados en informes médicos o de servicios sociales, aunque el individuo puede recordar otros eventos traumáticos similares, tanto antes como después del evento amnésico. Trauma adulto acumulativo severo (p. ej., combates repetidos, tráfico, prisionero de guerra o campo de concentración).

340

experiencias) también pueden dar lugar a una amplia amnesia disociativa localizada, selectiva y/o sistematizada. La amnesia disociativa generalizada puede ser más común entre las personas que recientemente han experimentado traumas agudos extremos (p. ej., combates militares brutales, violación, tortura, a menudo en el contexto de la incapacidad de escapar) y/o antecedentes de dislocación social importante, búsqueda de asilo o la condición de refugiado. Otros desarrollan amnesia generalizada en el contexto de un profundo conflicto psicológico del que el individuo tampoco se siente capaz de escapar. Prácticamente todas las personas que desarrollan amnesia disociativa generalizada en el contexto de un conflicto psicológico informan antecedentes de traumatización grave en la vida temprana y/o en la edad adulta.

Las experiencias traumáticas agudas extremas también pueden generar conflictos psicológicos importantes (p. ej., una mujer desarrolla amnesia generalizada después de sufrir una violación brutal que resulta en un embarazo no deseado y se vuelve suicida; en la evaluación, revela que su religión considera el aborto como un asesinato y el suicidio como un pecado mayor).

Genético y fisiológico. Los estudios genéticos cuantitativos sugieren que la genética representa alrededor del 50% de la variación interindividual en los síntomas disociativos, y que las experiencias ambientales estresantes no compartidas representan la mayor parte de la variación adicional. Los estudios de genes candidatos sugieren una interacción gen x entorno con experiencias traumáticas infantiles más tempranas y crónicas que conducen a un aumento significativo de los síntomas disociativos más adelante en la vida.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

En contextos culturales donde la posesión es parte de la práctica religiosa o espiritual normativa, la amnesia disociativa y la fuga pueden interpretarse como resultado de una posesión patológica. En contextos o situaciones en los que los individuos se sienten muy limitados por las circunstancias sociales o las tradiciones culturales, los desencadenantes de la amnesia disociativa a menudo no implican un traumatismo franco. En cambio, la amnesia puede estar precedida por tensiones o conflictos psicológicos severos (p. ej., conflicto marital, otros disturbios familiares, problemas de apego o conflictos atribuibles a la restricción o la opresión).

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Los comportamientos suicidas y otros comportamientos autodestructivos son comunes en personas con amnesia disociativa. Las fuerzas psicológicas que producen amnesia generalizada pueden ser extremas, y los pensamientos, impulsos, planes y conductas suicidas son un riesgo cuando la amnesia disminuye. Los informes de casos sugieren que el comportamiento suicida puede ser un riesgo particular cuando la amnesia remite repentinamente y abruma al individuo con recuerdos intolerables.

Consecuencias funcionales de la amnesia disociativa

Las deficiencias en las personas con amnesia disociativa resultantes de la traumatización de la niñez o la adolescencia varían de limitadas a graves. Algunas de estas personas pueden tener una discapacidad crónica en su capacidad para formar y mantener vínculos satisfactorios. Algunos pueden llegar a tener mucho éxito en el funcionamiento ocupacional, pero a menudo lo hacen por exceso de trabajo compulsivo.

Las personas con amnesia disociativa generalizada aguda suelen tener deterioro en todos los aspectos del funcionamiento. Un subgrupo sustancial de personas con amnesia generalizada desarrolla un déficit crónico de memoria autobiográfica muy perjudicial que incluso volver a aprender su historia de vida no mejora. Estos individuos experimentan un curso crónico altamente debilitado con un funcionamiento general deficiente en la mayoría de los dominios de la vida.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de identidad disociativo Los episodios recurrentes de amnesia disociativa pueden atribuirse al trastorno de identidad disociativo. Individuos con

La amnesia disociativa puede informar despersonalización y síntomas autohipnóticos, al igual que las personas con disociación.

341

trastorno de identidad Las personas con trastorno de identidad disociativo informan discontinuidades generalizadas en el sentido de sí mismo y de agencia, acompañadas de muchos otros síntomas disociativos. Las amnesias en el trastorno de identidad disociativo, además de los déficits de memoria autobiográfica retrospectiva, incluyen amnesia continua ("pérdida de tiempo") para eventos cotidianos e interacciones interpersonales; encontrar posesiones inexplicables; grandes fluctuaciones desconcertantes en habilidades y conocimientos; y lagunas amnésicas breves y frecuentes durante las interacciones interpersonales.

Trastorno de estrés postraumático. Algunas personas con PTSD no pueden recordar parte o la totalidad de un evento traumático específico (p. ej., una víctima de violación que no puede recordar la mayoría de los eventos durante todo el día de la violación). Cuando esa amnesia se extiende a eventos más allá del momento inmediato del trauma, puede justificarse un diagnóstico comórbido de amnesia disociativa. Las personas con el subtipo disociativo de PTSD también pueden informar amnesia disociativa además de despersonalización/desrealización.

Trastornos neurocognitivos. En los principales trastornos neurocognitivos, suele haber evidencia de daño del tejido neural acompañado de una disminución de la función cognitiva con déficits en la atención, la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje y la cognición perceptivo-motora y social que deterioran la capacidad para las actividades cotidianas independientes. La pérdida de memoria para la información personal suele estar integrada en trastornos cognitivos, lingüísticos, afectivos, atencionales y conductuales. Por lo general, la conciencia de la identidad personal se conserva hasta una etapa avanzada del trastorno neurocognitivo. En los trastornos neurocognitivos, la amnesia retrógrada casi siempre se acompaña de amnesia anterógrada. La amnesia disociativa anterógrada se puede confundir con el delirio. Sin embargo, los estudios médicos, de laboratorio, toxicológicos y neurológicos, incluidos los estudios por imágenes, son normales. Las evaluaciones cuidadosas y repetidas a lo largo del tiempo mostrarán que, al igual que en otras formas de amnesia disociativa, no existen verdaderos déficits neurocognitivos.

Trastornos relacionados con sustancias.

En el contexto de intoxicaciones repetidas con alcohol u otras sustancias/medicamentos, puede haber episodios de “apagones” o períodos de los cuales el individuo no tiene memoria, o memoria parcial (“apagones”). Para ayudar a distinguir estos episodios de la amnesia disociativa, una historia longitudinal debe mostrar que los episodios amnésicos ocurren solo en el contexto de la intoxicación. Sin embargo, la distinción puede ser difícil cuando el individuo con amnesia disociativa también abusa del alcohol u otras sustancias, particularmente en el contexto de situaciones estresantes que también pueden exacerbar los síntomas disociativos. Este puede ser un diagnóstico diferencial más complejo cuando el consumo de sustancias se inicia en la niñez o la adolescencia, generalmente en el contexto de abuso intrafamiliar, negligencia y trastornos relacionados con sustancias. La observación secuencial de estos individuos después de la desintoxicación, junto con la anamnesis tomada cuidadosamente, por lo general permite distinguir la pérdida de memoria atribuible al consumo prolongado de sustancias de la amnesia disociativa. Algunas personas con amnesia disociativa comórbida y trastornos por uso de sustancias intentarán minimizar su amnesia disociativa y atribuirán los problemas de memoria únicamente al uso de sustancias.

El uso prolongado de alcohol u otras sustancias puede provocar un trastorno neurocognitivo inducido por sustancias que puede estar asociado con una función cognitiva deteriorada. Sin embargo, en este contexto, la historia prolongada de uso de sustancias y los déficits persistentes asociados con el trastorno neurocognitivo servirían para distinguirlo de la amnesia disociativa, donde típicamente no hay evidencia de deterioro persistente en el funcionamiento intelectual.

Amnesia postraumática por daño cerebral. La amnesia puede ocurrir en el contexto de un TBI cuando ha habido un impacto en la cabeza u otros mecanismos de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo. Otras características de TBI incluyen pérdida de conciencia, desorientación y confusión o, en casos más graves, signos y síntomas neurológicos (p. ej., anomalías en las neuroimágenes, una nueva aparición de convulsiones o un marcado empeoramiento de un trastorno convulsivo preexistente, cortes en el campo visual, anosmia). Un trastorno neurocognitivo atribuible a TBI debe presentarse inmediatamente después de que ocurre la lesión cerebral o inmediatamente después de que el individuo recupera el conocimiento después de la lesión, y persiste más allá de la lesión.

período agudo posterior a la lesión. La presentación cognitiva de un trastorno neurocognitivo después de una LCT es variable e incluye dificultades en los dominios de la atención compleja, la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria, así como una velocidad más lenta de procesamiento de la información y alteraciones en la cognición social. Los patrones de déficit de memoria son típicos de los trastornos neurocognitivos. La TBI leve puede preceder a las presentaciones de amnesia disociativa aguda, pero los déficits de memoria disociativa son desproporcionados con el traumatismo craneoencefálico por TBI y típicamente siguen patrones disociativos, no neurocognitivos.

Trastornos convulsivos. Las personas con trastornos convulsivos pueden exhibir un comportamiento complejo durante las convulsiones o después del episodio con amnesia subsiguiente. Algunas personas con un trastorno convulsivo se involucran en deambulaciones no intencionales que se limitan al período de actividad convulsiva. Por el contrario, el comportamiento durante una fuga disociativa suele ser intencional, complejo y está dirigido a un objetivo y puede durar días, semanas o más. Ocasionalmente, las personas con un trastorno convulsivo informarán que algunos recuerdos autobiográficos han sido "borrados" a medida que avanza el trastorno convulsivo. Tal pérdida de memoria no está asociada con traumas psicológicos o adversidades y parece ocurrir al azar. En los trastornos convulsivos, los electroencefalogramas seriados La monitorización electroencefalográfica telemétrica generalmente muestra una asociación entre los episodios de amnesia y la actividad convulsiva.

Pueden coexistir amnesias disociativas y epilépticas.

Déficits de memoria asociados a la terapia electroconvulsiva. déficits de memoria
después de la terapia electroconvulsiva (TEC) ocurren con mayor frecuencia el día de la administración de la TEC. La amnesia retrógrada e incluso anterógrada más extensa después de la TEC generalmente no está relacionada con épocas de vida estresantes o traumáticas, y generalmente remite después de que concluye la serie de TEC. La TEC en personas gravemente deprimidas con trastornos disociativos no empeora la disociación y el acceso a la memoria puede mejorar a medida que remite la depresión.

estupor catatónico. El mutismo en el estupor catatónico puede sugerir amnesia disociativa, pero la falta de memoria suele estar ausente. Suelen estar presentes otros síntomas catatónicos (p. ej., rigidez, posturas, negativismo). Los síntomas catatónicos en los niños pueden estar asociados con trauma, abuso y/o

privación. A diferencia de la amnesia disociativa, el patrón de pérdida de memoria en la catatonía es solo para el episodio catatónico.

Reacciones disociativas agudas a eventos estresantes (otro trastorno disociativo especificado).

Las reacciones disociativas agudas a eventos estresantes, ejemplo de otro trastorno disociativo específico, se caracterizan por una combinación de síntomas disociativos que se presentan juntos de forma aguda en respuesta a eventos estresantes y, por lo general, duran menos de 1 mes. Los episodios amnésicos que ocurren como parte de estas reacciones se acompañan de otros síntomas disociativos prominentes, tienen una duración corta (horas o días) y tienden a circunscribirse a períodos o eventos limitados en la vida de una persona (microamnesias).

Trastorno facticio y simulación. No existe una prueba, una batería de pruebas o un conjunto de procedimientos que distingan invariablemente la amnesia disociativa de la amnesia fingida. La amnesia fingida es más común en personas con 1) amnesia disociativa aguda y florida; 2) problemas financieros, sexuales o legales; 3) un deseo de escapar de circunstancias estresantes; 4) deseo de parecer un paciente más interesante; y/o 5) un plan para participar en litigios por “recuerdos recuperados”. Sin embargo, la amnesia disociativa puede estar asociada a esas mismas circunstancias y puede coexistir con la simulación deliberada. Muchos individuos que simulan amnesia confiesan espontáneamente o cuando son confrontados.

Cambios en la memoria con el envejecimiento o trastorno neurocognitivo leves
disminuciones de la memoria en el trastorno neurocognitivo leve difieren de las de la amnesia disociativa; en el trastorno neurocognitivo leve, los cambios en la memoria se manifiestan como dificultad para aprender y retener nueva información. Esto a menudo se mide en pruebas de aprendizaje verbal de listas de palabras o una historia breve con evaluación de recuerdo inmediato y diferido. Con el envejecimiento cognitivo normal, las personas también pueden tener debilidades similares en el recuerdo inmediato y tardío de nueva información,

aunque el envejecimiento normal también puede afectar la velocidad de procesamiento de la información y otras funciones ejecutivas complejas además de la memoria.

Comorbilidad

Como es común en individuos con antecedentes de trauma, muchas comorbilidades coexisten con la amnesia disociativa, particularmente cuando la amnesia disociativa comienza a remitir. Puede surgir una amplia variedad de fenómenos afectivos, que incluyen disforia, dolor, rabia, vergüenza, culpa y conflicto y confusión psicológicos. Las personas pueden involucrarse en autolesiones no suicidas y otros comportamientos de alto riesgo. Estos individuos pueden tener síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de trastorno depresivo persistente, trastorno depresivo mayor o depresión por debajo del umbral (otro trastorno depresivo). Muchas personas con amnesia disociativa desarrollan PTSD en algún momento de su vida, especialmente cuando los antecedentes traumáticos de su amnesia se vuelven conscientes. Muchos de estos individuos pueden mostrar síntomas del subtipo disociativo de PTSD. Muchos individuos con amnesia disociativa tienen síntomas que cumplen los criterios diagnósticos de un síntoma somático comórbido y un trastorno relacionado (y viceversa), en particular el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). Los trastornos adictivos y relacionados con sustancias pueden tener comorbilidad con la amnesia disociativa, así como con los trastornos alimentarios y alimentarios y las disfunciones sexuales. El trastorno de personalidad comórbido más común es otro trastorno de personalidad específico (con características mixtas de trastorno de personalidad), que a menudo incluye características de evitación, obsesivo compulsivo, dependiente y borderline.

Trastorno de despersonalización/desrealización

Criterios de diagnóstico

F48.1

- A. La presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas: 1. **Despersonalización:** experiencias de irrealidad, desapego o ser un observador externo con respecto a los propios pensamientos, sentimientos, sensaciones, cuerpo o acciones (p. ej.,

alteraciones perceptivas, sentido distorsionado del tiempo, yo irreal o ausente, entumecimiento emocional y/o físico).

2. **Desrealización:** experiencias de irreabilidad o desapego con respecto al entorno (p. ej., los individuos u objetos se experimentan como irreales, oníricos, confusos, sin vida o visualmente distorsionados).

- B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, la prueba de la realidad permanece intacta.
- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, medicamento) u otra condición médica (p. ej., convulsiones).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como esquizofrenia, trastorno de pánico, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático u otro trastorno disociativo.

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno de despersonalización/desrealización son episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambos. Los episodios de despersonalización se caracterizan por un sentimiento de irreabilidad o desapego o falta de familiaridad con la totalidad del yo del individuo o con aspectos del yo (Criterio A1). El individuo puede sentirse separado de todo su ser (p. ej., "No soy nadie", "No tengo un yo"). él o ella puede

también se sienten subjetivamente separados de aspectos de sí mismos, incluidos los sentimientos (p. ej., hipoemocionalidad: "Sé que tengo sentimientos, pero no los siento"), pensamientos (p. ej., "Mis pensamientos no se sienten como propios", "cabeza llena de algodón"), todo el cuerpo o partes del cuerpo, o sensaciones (p. ej., tacto, propiocepción, hambre, sed, libido). También puede haber una sensación disminuida

de agencia (p. ej., sentirse robótico, como un autómata; falta de control del habla o de los movimientos). La experiencia de despersonalización a veces puede ser la de un yo dividido, con una parte observando y la otra participando, conocida como una "experiencia fuera del cuerpo" en su forma más extrema. El síntoma unitario de "despersonalización" consta de varios factores sintomáticos: experiencias corporales anómalas (es decir, irrealidad del yo y alteraciones perceptivas); adormecimiento emocional o físico; y distorsiones temporales con recuerdo subjetivo anómalo.

Los episodios de desrealización se caracterizan por un sentimiento de irrealidad o desapego o desconocimiento del mundo, ya sean individuos, objetos inanimados o todo lo que los rodea (Criterio A2). El individuo puede sentir como si estuviera en una niebla, un sueño o una burbuja, o como si hubiera un velo o una pared de vidrio entre el individuo y el mundo que lo rodea. Los alrededores pueden experimentarse como artificiales, sin color o sin vida. La desrealización suele ir acompañada de distorsiones visuales subjetivas, como borrosidad, agudeza aumentada, campo visual ampliado o reducido, bidimensionalidad o planitud, tridimensionalidad exagerada o alteración de la distancia o el tamaño de los objetos (es decir, macropsia o micropsia). También pueden ocurrir distorsiones auditivas, por lo que las voces o los sonidos se silencian o realzan. Además, el Criterio C requiere que los síntomas causen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, y los Criterios D y E describen diagnósticos de exclusión.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de despersonalización/desrealización pueden tener dificultades para describir sus síntomas y pueden pensar que están "locas" o "volviéndose locas". Otra experiencia común es el miedo al daño cerebral irreversible. Un síntoma comúnmente asociado es un sentido del tiempo alterado subjetivamente (es decir, demasiado rápido o demasiado lento), así como una dificultad subjetiva para recordar vívidamente recuerdos pasados y reconocerlos como personales y emocionales. Los síntomas somáticos vagos, como plenitud de la cabeza, hormigueo o mareos, no son infrecuentes. Los individuos pueden experimentar una rumiación extrema o una preocupación obsesiva (p. ej., obsesionarse constantemente acerca de si realmente existen o verificar sus percepciones para determinar si parecen reales). También son comunes diversos grados de ansiedad social y temor a las situaciones o personas que generan sensación de desrealización.

características asociadas. Se ha descubierto que las personas con este trastorno tienen hiporreactividad fisiológica a los estímulos emocionales. Los sustratos neurales de interés incluyen el eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical, el lóbulo parietal inferior y los circuitos límbico-corticales prefrontales.

Predominio

Los síntomas transitorios de despersonalización/desrealización que duran horas o días son comunes en la población general. Se cree que la prevalencia de 12 meses del trastorno de despersonalización/desrealización es notablemente menor que la de los síntomas transitorios, aunque no se dispone de estimaciones precisas para el trastorno. En general, aproximadamente la mitad de todos los adultos han experimentado al menos un episodio de despersonalización/desrealización en su vida. Sin embargo, la sintomatología que cumple plenamente con el trastorno de despersonalización/desrealización es notablemente menos común que los síntomas transitorios. La prevalencia de un mes en el Reino Unido es de aproximadamente 1% a 2%. Criterios

Desarrollo y curso La edad media

de inicio del trastorno de despersonalización/desrealización es de 16 años, aunque el trastorno puede comenzar en la niñez temprana o media; una minoría no puede recordar nunca haber tenido los síntomas. Menos del 20% de las personas experimentan el inicio después de los 20 años y solo el 5% después de los 25 años. El inicio en la cuarta década de la vida o más tarde es muy inusual.

345

El inicio puede variar de extremadamente repentino a gradual. La duración de los episodios del trastorno de despersonalización/desrealización puede variar mucho, desde breves (horas o días) hasta prolongados (semanas, meses o años). Dada la rareza del inicio del trastorno después de los 40 años, en tales casos, el individuo debe ser examinado más de cerca en busca de afecciones médicas subyacentes (p. ej., lesiones cerebrales, trastornos convulsivos, apnea del sueño). El curso del trastorno suele ser persistente. Alrededor de un tercio de los casos involucran episodios discretos; otro tercio, síntomas continuos desde el principio; y aún otro tercio, un curso inicialmente episódico que eventualmente se vuelve continuo.

Mientras que en algunos individuos la intensidad de los síntomas puede aumentar y disminuir considerablemente, otros informan un nivel constante de intensidad que, en casos extremos, puede estar presente constantemente durante años o décadas. Los factores internos y externos que afectan la intensidad de los síntomas varían entre individuos, sin embargo, se informan algunos patrones típicos. Las exacerbaciones pueden desencadenarse por estrés, empeoramiento del estado de ánimo o síntomas de ansiedad, entornos novedosos o sobreestimulantes y factores físicos como la iluminación o la falta de sueño.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Las personas con trastorno de despersonalización/desrealización se caracterizan por un temperamento que evita el daño, defensas inmaduras y esquemas tanto de desconexión como de sobreconexión. Las defensas inmaduras como la idealización/devaluación, la proyección y la actuación dan como resultado la negación de la realidad y una mala adaptación. **Los esquemas de desconexión cognitiva** reflejan defectos e inhibiciones emocionales y subsumen temas de abuso, negligencia y privación. **Los esquemas de sobreconexión** implican una autonomía deteriorada con temas de dependencia, vulnerabilidad e incompetencia.

Ambiental. Existe una clara asociación entre el trastorno y traumas interpersonales infantiles en una parte sustancial de los individuos, aunque esta asociación no es tan frecuente o tan extrema en la naturaleza de los traumas como en otros trastornos dissociativos, como el trastorno de identidad dissociativo. En particular, el abuso emocional y la negligencia emocional se han asociado de manera más fuerte y consistente con el trastorno. Otros factores estresantes pueden incluir abuso físico; presenciar violencia doméstica; crecer con un parente gravemente discapacitado y mentalmente enfermo; o muerte inesperada o suicidio de un familiar o amigo cercano. El abuso sexual es un antecedente mucho menos común pero se puede encontrar. Los precipitantes proximales más comunes del trastorno son el estrés intenso (interpersonal, financiero, ocupacional), la depresión, la ansiedad (en particular, los ataques de pánico) y el consumo de drogas ilícitas. Los síntomas pueden ser inducidos específicamente por sustancias como tetrahidrocannabinol, alucinógenos, ketamina, MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina; “extasis”) y salvia. El uso de marihuana puede precipitar ataques de pánico y síntomas de despersonalización/desrealización.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Las experiencias de despersonalización/desrealización inducidas por la voluntad pueden ser parte de las prácticas meditativas que prevalecen en muchos contextos religiosos, espirituales y culturales y no deben diagnosticarse como un trastorno. Sin embargo, hay individuos que inicialmente inducen estos estados intencionalmente, pero con el tiempo pierden el control sobre ellos y pueden desarrollar miedo y aversión por las prácticas relacionadas. Los marcos culturales pueden afectar el nivel de angustia o la gravedad percibida asociada con las experiencias de despersonalización/desrealización descontroladas al proporcionar explicaciones para ellas (p. ej., causas espirituales/sobrenaturales), lo que puede aliviar los temores de las personas de que están “perdiendo la cabeza”.

Consecuencias funcionales del trastorno

de despersonalización/desrealización Los síntomas del trastorno de despersonalización/desrealización son muy angustiantes y se asocian con una morbilidad importante. El comportamiento afectivamente aplanado y robótico que estos

346

las personas a menudo demuestran que pueden parecer incongruentes con el dolor emocional extremo informado por las personas con el trastorno. El deterioro a menudo se experimenta tanto en las esferas interpersonales como laborales, en gran parte como resultado de la hipoemocionalidad con los demás, la dificultad subjetiva para concentrarse y retener información y una sensación general de desconexión de la vida.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Aunque

Las personas con trastorno de despersonalización/desrealización pueden presentar quejas somáticas vagas, así como temores de daño cerebral permanente, el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización se caracteriza por la presencia de una constelación de síntomas típicos de despersonalización/desrealización y la ausencia de otras manifestaciones de la enfermedad. trastorno de ansiedad

Trastorno depresivo mayor.

Los sentimientos de entumecimiento, muerte, apatía y estar en un sueño no son infrecuentes en los episodios depresivos mayores. Sin embargo, en el despersonalización/desrealización se asocian con otros síntomas del trastorno. Si la despersonalización/desrealización precede claramente al inicio de un episodio depresivo mayor o claramente continúa después de la resolución, se aplica el trastorno de despersonalización/desrealización.

su la diagnóstico

Desorden obsesivo compulsivo. Alguno individuos con el trastorno de despersonalización/desrealización pueden volverse obsesivamente preocupados por su experiencia subjetiva o desarrollar rituales que verifican el estado de sus síntomas. Sin embargo, no están presentes otros síntomas del trastorno obsesivo compulsivo no relacionados con la despersonalización/desrealización.

Otros trastornos disociativos. En ordenar a diagnosticar el trastorno de despersonalización/desrealización, los síntomas no deben ocurrir en el contexto de otro trastorno disociativo, como el trastorno de identidad disociativo. La diferenciación entre la amnesia disociativa y el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) es más sencilla, ya que los síntomas de estos trastornos no se superponen con los del trastorno de despersonalización/desrealización.

Ataques de pánico. La despersonalización/desrealización es uno de los síntomas de los ataques de pánico, cada vez más comunes a medida que aumenta la gravedad de los ataques de pánico. Por lo tanto, el trastorno de despersonalización/desrealización no debe diagnosticarse cuando los síntomas ocurren solo durante los ataques de pánico que forman parte del trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social o una fobia específica. Además, no es raro que los síntomas de despersonalización/desrealización comiencen por primera vez en el contexto de ataques de pánico de nueva aparición o a medida que el trastorno de pánico empeora. En la medida en que se presenta, el trastorno diagnóstico de despersonalización/desrealización puede ocurrir si 1) el componente de despersonalización/desrealización de la presentación es muy prominente desde el principio, superando claramente en duración e intensidad la aparición de ataques de pánico reales; o 2) la despersonalización/desrealización continúa después de que el trastorno de pánico haya remitido o haya sido tratado con éxito.

Desórdenes psicóticos. La presencia de una prueba de realidad intacta específicamente con respecto a los síntomas de despersonalización/desrealización es esencial para

diferenciar el trastorno de despersonalización/desrealización de los trastornos psicóticos. En raras ocasiones, la esquizofrenia de síntomas positivos puede plantear un desafío diagnóstico cuando hay delirios nihilistas. Por ejemplo, un individuo puede quejarse de que está muerto o que el mundo no es real; esto podría ser una experiencia subjetiva que el individuo sabe que no es verdad o una convicción delirante.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Despersonalización/desrealización asociada con los efectos fisiológicos de las sustancias durante la intoxicación aguda diagnosticada como trastorno de despersonalización/desrealización. Las sustancias más comunes son las drogas ilícitas marihuana, alucinógenos, ketamina, éxtasis y salvia. En

347

Alrededor del 15% de todos los casos de trastorno de despersonalización/desrealización, los síntomas son precipitados por la ingestión de dichas sustancias. Si los síntomas persisten durante algún tiempo en ausencia de más consumo de sustancias o medicamentos, se aplica el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización. Este diagnóstico suele ser fácil de establecer ya que la gran mayoría de las personas con esta presentación se vuelven altamente fóbicas y aversivas a la sustancia desencadenante y no la vuelven a usar.

Lesión cerebral traumática. Los síntomas de despersonalización/desrealización son típicos en la lesión cerebral traumática (TBI), pero se distinguen del trastorno de despersonalización/desrealización por la aparición de síntomas después de la TBI y la ausencia de otros síntomas del trastorno de despersonalización/desrealización.

Síntomas disociativos debido a otra condición médica. Características tales como el inicio después de los 40 años o la presencia de síntomas y curso atípicos en cualquier individuo sugieren la posibilidad de una afección médica subyacente. En casos con síntomas disociativos, es esencial realizar una evaluación médica y neurológica exhaustiva, que puede incluir estudios de laboratorio estándar, títulos virales, un electroencefalograma, pruebas vestibulares, pruebas visuales, estudios del sueño y/o imágenes cerebrales. Cuando la sospecha de un trastorno convulsivo subyacente resulta difícil de confirmar, un médico ambulatorio

puede estar indicado un electroencefalograma; aunque la epilepsia del lóbulo temporal es la más comúnmente implicada, la epilepsia del lóbulo parietal y frontal también puede estar asociada.

Comorbilidad En

una muestra de conveniencia de adultos reclutados para varios estudios de investigación de despersonalización, las comorbilidades a lo largo de la vida fueron altas para el trastorno depresivo unipolar y para cualquier trastorno de ansiedad, con una proporción significativa de la muestra con ambos trastornos. La comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático fue baja. Los tres trastornos de la personalidad que ocurren con mayor frecuencia fueron el evitativo, el límite y el obsesivo compulsivo.

Otro trastorno disociativo especificado

F44.89

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos disociativos. . La categoría de otro trastorno disociativo especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno disociativo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno disociativo especificado" seguido de la razón específica (p. ej., "trance disociativo").

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar usando la designación "otro especificado" incluyen lo siguiente: 1. **Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos:** esta categoría incluye trastornos de identidad asociados con discontinuidades menos que marcadas en el sentido de sí mismo y de agencia, o alteraciones de identidad o episodios de

posesión en un individuo que no reporta amnesia disociativa.

2. Alteración de la identidad debido a persuasión coercitiva intensa

y prolongada: Individuos que han sido sujetos a persuasión coercitiva intensa (p. ej., lavado de cerebro, reforma del pensamiento, adoctrinamiento en cautiverio, tortura, encarcelamiento político a largo plazo, reclutamiento por sectas/cultos u organizaciones terroristas) pueden presentar cambios prolongados o cuestionamiento consciente de su identidad.

348

3. Reacciones disociativas agudas a eventos estresantes: esta

categoría es para afecciones transitorias agudas que generalmente duran menos de 1 mes y, a veces, solo unas pocas horas o días. Estas condiciones se caracterizan por la constrección de la conciencia; despersonalización; desrealización; alteraciones de la percepción (p. ej., ralentización del tiempo, macropsia); microamnesias; estupor transitorio; y/o alteraciones en el funcionamiento sensoriomotor (p. ej., analgesia, parálisis).

4. Trance disociativo: esta condición se caracteriza por un estrechamiento agudo o una pérdida completa de la conciencia del entorno inmediato que se manifiesta como una profunda falta de respuesta o insensibilidad a los estímulos ambientales. La falta de respuesta puede ir acompañada de comportamientos estereotipados menores (p. ej., movimientos de los dedos) de los que el individuo no es consciente y/ o que no puede controlar, así como parálisis transitoria o pérdida del conocimiento. El trance disociativo no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa colectiva ampliamente aceptada.

Trastorno disociativo no especificado

F44.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos disociativos. . La categoría de trastorno disociativo no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno disociativo específico e incluye presentaciones para las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. configuración de la habitación).

Síntoma somático y relacionado Trastornos

Este capítulo incluye los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, trastorno ficticio, otros síntomas somáticos especificados y trastornos relacionados, y síntomas somáticos no especificados y trastornos relacionados. Todos los trastornos de este capítulo comparten una característica común: la prominencia de los síntomas somáticos y/o la ansiedad por enfermedad asociados con una angustia y un deterioro significativos. Las personas con trastornos con síntomas somáticos prominentes o ansiedad por enfermedad se encuentran comúnmente en la atención primaria y otros entornos médicos, pero se encuentran con menor frecuencia en entornos psiquiátricos y de salud mental. Estos diagnósticos reconceptualizados, basados en una reorganización de los diagnósticos de trastorno somatomorfo del DSM-IV, son más útiles para la atención primaria y otros médicos clínicos (no psicoterapeúticos).

El diagnóstico principal en esta clase diagnóstica, el trastorno de síntomas somáticos, enfatiza el diagnóstico basado en la presencia de síntomas y signos (síntomas somáticos angustiantes más pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas) en lugar de la ausencia de un diagnóstico médico. Explicación de los síntomas somáticos. Una característica distintiva de muchas personas con trastorno de síntomas somáticos no son los síntomas somáticos per se, sino la forma en que los presentan e interpretan. La incorporación de componentes afectivos, cognitivos y conductuales en los criterios para el trastorno de síntomas somáticos proporciona un reflejo más completo y preciso del cuadro clínico real que el que se puede lograr mediante la evaluación de las quejas somáticas por sí solas.

Los principios detrás de los cambios en el síntoma somático y los diagnósticos relacionados del DSM-IV son cruciales para comprender los diagnósticos del DSM-5.

El término **trastornos somatomorfos** del DSM-IV era confuso y se reemplazó por **síntomas somáticos y trastornos relacionados**. En el DSM-IV hubo una gran superposición entre los trastornos somatomorfos y una falta de claridad sobre los límites de los diagnósticos. Aunque las personas con estos trastornos se presentan principalmente en entornos médicos más que de salud mental, los médicos que no son psiquiatras encontraron que los diagnósticos somatoformes del DSM-IV eran difíciles de entender y usar. La clasificación DSM-5 actual reconoce esta superposición al reducir el número total de trastornos, así como sus subcategorías.

Los criterios anteriores enfatizaron demasiado la centralidad de los síntomas que no se explican por procesos fisiopatológicos reconocidos. Dichos síntomas están presentes en varios grados, particularmente en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, pero los trastornos de síntomas somáticos también pueden acompañar a condiciones médicas reconocidas (es decir, aquellos trastornos relacionados con procesos fisiopatológicos claramente reconocidos). La confiabilidad de determinar que un síntoma somático no se explica por un proceso fisiopatológico reconocido relacionado con una condición médica reconocida es limitada, y basar un diagnóstico en la ausencia de una explicación es problemático y refuerza el dualismo mente-cuerpo. No es apropiado dar a un individuo un diagnóstico de trastorno mental únicamente porque no se puede demostrar una condición médica reconocida. Además, la presencia de una afección médica reconocida no excluye la posibilidad de un trastorno mental comórbido, incluido un síntoma somático y un trastorno relacionado. Quizás debido al enfoque predominante en la falta de explicación médica en el DSM-IV, las personas consideraron estos diagnósticos como peyorativos y degradantes.

350

lo que implica que sus síntomas físicos no eran "reales". La clasificación DSM-5 define el diagnóstico principal, trastorno de síntomas somáticos, sobre la base de síntomas positivos (síntomas somáticos angustiosos más pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas). En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales y la pseudociesis (otros síntomas somáticos especificados y trastornos relacionados), el énfasis está en demostrar evidencia clínica de incompatibilidad con procesos fisiopatológicos reconocidos.

Es importante señalar que algunos otros trastornos mentales pueden manifestarse inicialmente con síntomas principalmente somáticos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico). Dichos diagnósticos pueden explicar los síntomas somáticos, o pueden ocurrir junto con uno de los síntomas somáticos y trastornos relacionados de este capítulo. También existe una comorbilidad médica considerable entre los individuos con síntomas somáticos y trastornos relacionados. Aunque los síntomas somáticos se asocian con frecuencia con angustia psicológica y psicopatología, algunos síntomas somáticos y trastornos relacionados pueden surgir espontáneamente y sus causas pueden permanecer oscuras. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos pueden acompañar a síntomas somáticos y trastornos relacionados. El componente somático añade severidad y complejidad a los trastornos depresivos y de ansiedad y resulta en mayor severidad, deterioro funcional e incluso refractariedad a los tratamientos tradicionales. En raras ocasiones, el grado de preocupación puede ser tan grave como para justificar la consideración de un diagnóstico de trastorno delirante.

Varios factores pueden contribuir a los síntomas somáticos y trastornos relacionados. Estos incluyen vulnerabilidad genética y biológica (p. ej., mayor sensibilidad al dolor), experiencias traumáticas tempranas (p. ej., violencia, abuso, privación), iatrogenia médica (p. ej., refuerzo del rol de enfermo, derivaciones y pruebas diagnósticas excesivas) y aprendizaje (p. ej., , falta de refuerzo de las expresiones no somáticas de angustia), así como normas socioculturales que minimizan o estigmatizan el sufrimiento psicológico frente al sufrimiento físico. Las diferencias en la atención médica entre contextos culturales afectan la presentación, el reconocimiento y el manejo de estas presentaciones somáticas. Las variaciones en la presentación de los síntomas son probablemente el resultado de la interacción de múltiples factores dentro de los contextos culturales que afectan la forma en que las personas identifican y clasifican las sensaciones corporales, perciben la enfermedad y buscan atención médica para ellas.

Todos estos trastornos se caracterizan por el enfoque prominente en las preocupaciones somáticas y su presentación inicial principalmente en entornos médicos más que de atención de la salud mental. El trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad por enfermedad ofrecen métodos clínicamente más útiles para caracterizar a los individuos que pueden haber sido considerados en el pasado para un diagnóstico de trastorno de somatización e hipocondriasis. Además, aproximadamente dos tercios a tres cuartos de las personas previamente diagnosticadas con hipocondriasis se subsumen bajo el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos.

entre un cuarto y un tercio restante de las personas con hipocondriasis previamente diagnosticada tienen una gran ansiedad por la salud en ausencia de síntomas somáticos, y los síntomas de muchas de esas personas no calificarían para un diagnóstico de trastorno de ansiedad. El diagnóstico del DSM-5 de trastorno de ansiedad por enfermedad es para este último grupo de personas. El trastorno de ansiedad por enfermedad puede considerarse un síntoma somático y un trastorno relacionado o un trastorno de ansiedad. Debido al fuerte enfoque en las preocupaciones somáticas, y debido a que el trastorno de ansiedad por enfermedad se encuentra con mayor frecuencia en entornos médicos, por su utilidad se enumera con el síntoma somático y los trastornos relacionados. En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, la clave para el diagnóstico son los síntomas neurológicos que pueden demostrarse, sobre la base de las características positivas del examen clínico, como incompatibles con la fisiopatología reconocida. Este es ahora un diagnóstico de "regla-in", y no un diagnóstico de exclusión, y se puede hacer en presencia de un trastorno neurológico reconocido. Ya no requiere la presencia de un estresor psicológico reciente, porque tales estresores no siempre están presentes. Los factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas también se incluyen en este capítulo. Su característica esencial es la presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales clínicamente significativos que afectan adversamente una condición médica aumentando el riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad. Al igual que los otros síntomas somáticos y trastornos relacionados, el trastorno facticio encarna problemas persistentes relacionados con la percepción de la enfermedad y la identidad. En la gran mayoría de los casos notificados de trastorno facticio, tanto

351

impuesto a sí mismo e impuesto a otro, individuos que presentan síntomas somáticos y expresan convicción médica de enfermedad. En consecuencia, el trastorno facticio del DSM-5 se incluye entre los trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Otros síntomas somáticos especificados y trastorno relacionado y síntomas somáticos no especificados y trastorno relacionado incluyen afecciones para las que se cumplen algunos, pero no todos, los criterios para el trastorno de síntomas somáticos o el trastorno de ansiedad por enfermedad, así como la pseudocyesis.

Trastorno de síntomas somáticos

Criterios de diagnóstico**F45.1**

- A. Uno o más síntomas somáticos que son angustiantes o resultan en una interrupción significativa de la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o problemas de salud asociados, manifestados por al menos uno de los siguientes: 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre el gravedad de los síntomas de uno.
- 2. Nivel persistentemente alto de ansiedad acerca de la salud o síntomas.
- 3. Tiempo y energía excesivos dedicados a estos síntomas o problemas de salud.
- C. Aunque cualquier síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado de ser sintomático es persistente (típicamente más de 6 meses).

Especificar

si: **Con dolor predominante** (anteriormente trastorno por dolor): Este especificador es para personas cuyos síntomas somáticos involucran predominantemente dolor.

Especificar

si: **Persistente**: un curso persistente se caracteriza por síntomas graves, deterioro marcado y larga duración (más de 6 meses).

Especifique la gravedad

actual: **Leve**: Solo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Severo: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B, además hay múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy grave).

Características

diagnósticas Las personas con trastorno de síntomas somáticos suelen tener múltiples síntomas somáticos actuales que son angustiantes o provocan una interrupción significativa de la vida diaria (Criterio A), aunque a veces solo está presente un síntoma grave, más comúnmente dolor. Los síntomas pueden ser específicos (p. ej., dolor localizado) o relativamente inespecíficos (p. ej., fatiga). Los síntomas a veces representan sensaciones corporales normales o molestias que generalmente no significan una enfermedad grave. Los síntomas somáticos sin una explicación médica evidente no son suficientes para hacer este diagnóstico. El sufrimiento del individuo es auténtico, tenga o no explicación médica.

Los síntomas pueden o no estar asociados con otra condición médica. Los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos y una enfermedad médica concurrente no se excluyen mutuamente y con frecuencia ocurren juntos. Por ejemplo, un individuo puede quedar gravemente discapacitado por síntomas de trastorno de síntomas somáticos después de un infarto de miocardio sin complicaciones, incluso si el infarto de miocardio en sí mismo no resultó en ninguna discapacidad. Si existe otra afección médica o un alto riesgo de desarrollar una (p. ej., antecedentes familiares importantes), los pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados con esta afección son excesivos (Criterio B).

352

Las personas con trastorno de síntomas somáticos tienden a tener niveles muy altos de preocupación por la enfermedad (Criterio B). Valoran sus síntomas corporales como indebidamente amenazantes, dañinos o problemáticos y, a menudo, piensan lo peor sobre su salud. Incluso cuando hay evidencia de lo contrario, algunas personas aún temen la gravedad médica de sus síntomas. En el trastorno de síntomas somáticos graves, los problemas de salud pueden asumir un papel central en la vida del individuo, convirtiéndose en un rasgo de su identidad y dominando las relaciones interpersonales.

Las personas suelen experimentar angustia que se centra principalmente en los síntomas somáticos y su importancia. Cuando se les pregunta directamente sobre su angustia, algunas personas la describen en relación con otros aspectos de sus vidas, mientras que otros niegan cualquier fuente de angustia que no sea la somática.

síntomas. La calidad de vida relacionada con la salud a menudo se ve afectada, tanto física como mentalmente. El diagnóstico puede especificarse aún más indicando si las quejas involucran predominantemente dolor y/o si las quejas están marcadas por un curso persistente.

Además, la gravedad del trastorno de síntomas somáticos se puede especificar por el número de criterios B cumplidos. Las formas leves de trastorno de síntomas somáticos (se cumple un síntoma como se especifica en el Criterio B) son más prevalentes, mientras que los casos moderados (se cumplen dos o más criterios B) y graves (se cumplen dos o más síntomas como se especifica en el Criterio B en combinación con quejas somáticas múltiples o un síntoma somático muy grave) se caracterizan por niveles más altos de deterioro. En el trastorno de síntomas somáticos graves, el deterioro es marcado y, cuando persiste, el trastorno puede conducir a la invalidez.

A menudo hay un alto nivel de utilización de la atención médica, lo que rara vez alivia las preocupaciones del individuo. En consecuencia, el individuo puede buscar atención de varios médicos por los mismos síntomas. Estos individuos a menudo parecen no responder a las intervenciones médicas, y las nuevas intervenciones solo pueden exacerbar los síntomas que se presentan. Algunas personas con este trastorno parecen inusualmente sensibles a los efectos secundarios de los medicamentos. Algunos sienten que su evaluación y tratamiento médico han sido inadecuados.

Los criterios para el trastorno de síntomas somáticos parecen adecuados para su uso en niños y adolescentes, pero se han estudiado menos en los jóvenes que en los adultos.

Funciones asociadas

Las características cognitivas incluyen atención centrada en síntomas somáticos, atribución de sensaciones corporales normales a enfermedades físicas (posiblemente con interpretaciones catastróficas), preocupación por la enfermedad, autoconcepto de debilidad corporal e intolerancia a las molestias corporales. Además de la ansiedad por la salud, las características emocionales pueden incluir afectividad negativa, desesperación y desmoralización relacionadas con los síntomas somáticos. Las características conductuales asociadas relevantes pueden incluir controles corporales repetidos en busca de anomalías, búsqueda repetida de ayuda médica y tranquilidad, y evitación de la actividad física. Estas características conductuales son más pronunciadas en el trastorno de síntomas somáticos persistentes y graves. Estas características suele

con frecuentes solicitudes de ayuda médica por diferentes síntomas somáticos.

Esto puede conducir a consultas médicas en las que las personas están tan concentradas en sus preocupaciones sobre los síntomas somáticos que no pueden ser redirigidos a otros asuntos. Cualquier confirmación por parte del médico de que los síntomas no son indicativos de una enfermedad física grave tiende a ser de corta duración y/o los individuos la experimentan como si el médico no tomara sus síntomas con la debida seriedad. Dado que el enfoque en los síntomas somáticos es una característica principal del trastorno, las personas con trastorno de síntomas somáticos suelen acudir a los servicios de salud médica general en lugar de a los servicios de salud mental. La sugerencia de derivar a un especialista en salud mental puede ser recibida con sorpresa o incluso con un rechazo franco por parte de las personas con trastorno de síntomas somáticos.

Predominio

La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos no está clara. Las estimaciones sobre la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos provienen de la literatura epidemiológica limitada sobre

353

Trastornos somatomorfos DSM-IV-TR. Sin embargo, se espera que la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos sea mayor que la del trastorno de somatización más restrictivo del DSM-IV-TR (<1 %), pero menor que la del trastorno somatomorfo indiferenciado (aproximadamente 19 %). Los estudios poblacionales más recientes con una estrategia basada en cuestionarios que utilizan los criterios de diagnóstico del DSM-5 para el trastorno de síntomas somáticos en muestras de adultos y adolescentes informan tasas de prevalencia entre el 6,7 % y el 17,4 %. Según investigaciones realizadas en Europa y América del Norte, la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos en la población adulta general se puede aproximar al 4%-6%.

El trastorno de síntomas somáticos tiene una mayor frecuencia en pacientes de atención primaria que en la población general. Sobre la base de revisiones y metanálisis de estudios de varios países que aún utilizaban los criterios DSM-IV o ICD-10, parece plausible una prevalencia de 12 meses de trastorno de síntomas somáticos y afecciones relacionadas en pacientes de atención primaria entre el 10 % y el 20 %. Las tasas de prevalencia son más altas en entornos clínicos que se especializan en

trastornos psicosomáticos o funcionales, con frecuencias reportadas de trastorno de síntomas somáticos entre 40% y 60%.

Las mujeres tienden a informar más síntomas somáticos que los hombres y, en consecuencia, es probable que la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos sea mayor en las mujeres.

Desarrollo y curso En un estudio de

niños daneses de 5 a 7 años, los síntomas somáticos funcionales eran problemas de salud comunes, que para una minoría significativa (aproximadamente una quinta parte) de los que tenían problemas eran lo suficientemente graves como para causar angustia, deterioro, ausencias escolares, o búsqueda de ayuda médica. La edad de inicio no parece afectar la duración de la enfermedad no tratada.

Es probable que el curso del trastorno de síntomas somáticos sea crónico y fluctuante y esté influenciado por el número de síntomas, la edad del individuo, el nivel de deterioro y cualquier comorbilidad. El curso también está influenciado por los rasgos de personalidad, con menos evitación del daño y una mayor cooperación asociada con un tiempo más corto para la remisión.

En los niños, los síntomas más comunes son dolor abdominal recurrente, dolor de cabeza, fatiga y náuseas. Un solo síntoma prominente es más común en niños que en adultos. Cuando el diagnóstico se realiza en personas más jóvenes, es importante obtener evaluaciones del paciente, la familia y otros (p. ej., la escuela) sobre la presentación de los síntomas. La participación del paciente y del cuidador durante la evaluación y el manejo es fundamental porque la interpretación de los padres y la respuesta a los síntomas pueden determinar el nivel de angustia asociado, las demandas de investigaciones e intervenciones médicas y el tiempo fuera de la escuela.

En personas mayores, el dolor localizado en varias regiones del cuerpo parece ser el síntoma más común. Los síntomas somáticos y las enfermedades médicas concurrentes son comunes ya que la multimorbilidad aumenta con la edad. Las tasas de prevalencia del trastorno de síntomas somáticos parecen ser estables hasta los 65 años y pueden disminuir a partir de entonces. Para hacer el diagnóstico en personas mayores, es crucial centrarse en el requisito de pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o problemas de salud asociados (Criterio B). El trastorno de síntomas somáticos puede estar infradiagnosticado en adultos mayores porque ciertos síntomas somáticos (p. ej., dolor, fatiga) son

se considera parte del envejecimiento normal o porque la preocupación por la enfermedad se considera “comprendible” en adultos mayores que tienen más enfermedades médicas generales y medicamentos que las personas más jóvenes.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El rasgo de personalidad de afectividad negativa (neuroticismo) ha sido identificado como un correlato/factor de riesgo independiente de un elevado número de síntomas somáticos. La ansiedad o la depresión comórbidas son comunes y pueden exacerbar los síntomas y el deterioro.

354

Ambiental. El trastorno de síntomas somáticos es más frecuente en individuos con pocos años de educación y nivel socioeconómico bajo, y en aquellos que recientemente han experimentado eventos vitales estresantes o relacionados con la salud. La adversidad temprana en la vida, como el abuso sexual infantil, también es probablemente un factor de riesgo para el trastorno de síntomas somáticos en adultos.

Modificadores de curso. Los síntomas somáticos persistentes están asociados con características demográficas (mujeres, edad avanzada, menos años de educación, estatus socioeconómico más bajo, desempleo), antecedentes informados de abuso sexual u otra adversidad infantil, enfermedad física crónica o trastorno mental concurrentes (depresión, ansiedad, trastorno depresivo, pánico), estrés social y factores sociales de refuerzo, como los beneficios por enfermedad. La gravedad total de los síntomas somáticos probablemente se asocie con el género femenino, la ansiedad, la depresión y la enfermedad médica general. Los factores cognitivos que afectan el curso clínico incluyen la sensibilización al dolor, una mayor atención a las sensaciones corporales y la atribución de síntomas corporales a una posible enfermedad médica en lugar de reconocerlos como un fenómeno normal o estrés psicológico.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Se encuentra un gran número de síntomas somáticos en estudios poblacionales y de atención primaria en todo el mundo, con un patrón similar de síntomas somáticos, deterioro y búsqueda de tratamiento informados con mayor frecuencia.

La relación entre el número de síntomas somáticos y la preocupación por la enfermedad es

similar en diferentes contextos culturales, y la marcada preocupación por la enfermedad se asocia con deterioro y una mayor búsqueda de tratamiento transcultural. En muchos contextos culturales, las personas con depresión suelen presentar síntomas somáticos.

A pesar de estas similitudes, existen diferencias en los síntomas somáticos entre contextos culturales y grupos étnico-raciales. Los factores socioculturales, en particular el estigma relacionado con los trastornos mentales, pueden explicar las diferencias en la notificación de síntomas somáticos en los contextos culturales. La descripción de los síntomas somáticos varía según el idioma y otros factores culturales locales.

Estas presentaciones somáticas se han descrito como "idiomas de angustia" porque los síntomas somáticos pueden tener significados especiales y dar forma a las interacciones entre el médico y el paciente en los contextos culturales particulares. Por ejemplo, las sensaciones de pesadez, las quejas de "gases", demasiado calor en el cuerpo o ardor en la cabeza son comunes en algunas culturas o grupos étnicos, pero raras en otros. Las explicaciones culturales también varían, y los síntomas somáticos pueden atribuirse de diversas maneras a una familia, un trabajo (p. ej., agotamiento) u otros estreses ambientales particulares; enfermedad médica general; la supresión de sentimientos de ira y resentimiento; o ciertas atribuciones culturalmente específicas, como la pérdida de semen. Ciertos síntomas somáticos pueden formar parte de modelos explicativos específicos en un contexto cultural dado; por ejemplo, las interpretaciones tradicionales de **shenjing shuairuo** en China vinculan los conceptos de "debilidad de los nervios" (neurastenia) y desequilibrio entre frío y calor con síntomas prominentes como fatiga y poca energía. También puede haber diferencias en la búsqueda de tratamiento médico y la utilización de prácticas de curación no médicas, tradicionales, alternativas y complementarias entre los grupos culturales, además de las diferencias debidas al acceso variable a los servicios de atención médica. Las creencias culturales, las enfermedades previas, el estado del seguro, la alfabetización en salud y las experiencias de atención médica pueden influir en la percepción de los síntomas somáticos y el uso de la atención médica por parte de las personas. Buscar tratamiento para múltiples síntomas somáticos en clínicas médicas generales es un fenómeno mundial.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

En estudios basados en la población, las mujeres informaron más síntomas somáticos que los hombres, y en un estudio de pacientes de atención primaria con dolor crónico, las mujeres informaron síntomas somáticos más graves que los hombres. Mientras que la exposición a

El trauma sexual, la violencia de pareja íntima y los antecedentes de trauma infantil se asocian con una mayor expresión de síntomas somáticos en

355

tanto en mujeres como en hombres, es especialmente probable que una historia infantil de múltiples experiencias adversas en la infancia aumente la expresión de síntomas somáticos en mujeres.

En las mujeres, el género se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar síntomas persistentes de trastorno de síntomas somáticos. No parece haber evidencia de que el género esté asociado con la duración de la enfermedad no tratada y la respuesta a los tratamientos psicológicos o farmacológicos.

tratamiento.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El trastorno de síntomas somáticos se asocia con pensamientos suicidas e intentos de suicidio. Es probable que los pensamientos y comportamientos suicidas se expliquen en parte por la superposición de diagnósticos y la frecuente comorbilidad del trastorno de síntomas somáticos y los trastornos depresivos. Además, las percepciones disfuncionales de la enfermedad y la gravedad de los síntomas somáticos parecen estar asociados de forma independiente con un mayor riesgo de ideación suicida.

Consecuencias funcionales del trastorno de síntomas somáticos El trastorno se asocia con un marcado deterioro del estado de salud y una gran angustia psicológica. Es probable que muchos individuos con trastorno de síntomas somáticos severos tengan puntajes de estado de salud deteriorados más de 2 desviaciones estándar por debajo de las normas de la población. El estado de salud se ve particularmente afectado en presencia de síntomas múltiples o graves.

Diagnóstico diferencial Si los

síntomas somáticos son consistentes con otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico) y se cumplen los criterios diagnósticos para ese trastorno, entonces ese trastorno mental debe considerarse como un diagnóstico alternativo o adicional. Si, como suele ocurrir, los criterios tanto para la somática

se cumple el diagnóstico de trastorno de síntomas y otro trastorno mental, entonces ambos deben ser diagnosticados, ya que ambos pueden requerir tratamiento.

Otras condiciones médicas. La presencia de síntomas somáticos de etiología poco clara no es en sí misma suficiente para hacer el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Los síntomas de muchas personas con trastornos como el síndrome del intestino irritable o la fibromialgia no cumplirían el criterio necesario para diagnosticar un trastorno de síntomas somáticos (Criterio B). Por el contrario, la presencia de síntomas somáticos de una condición médica establecida (p. ej., diabetes o enfermedad cardíaca) no excluye el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos si se cumplen los demás criterios. Los factores que distinguen a las personas con trastorno de síntomas somáticos de las personas con afecciones médicas generales incluyen la ineficacia de los analgésicos, antecedentes de trastornos mentales, factores provocadores o paliativos poco claros, persistencia sin interrupción y estrés.

Factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas. El diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos requiere síntomas somáticos angustiosos o perjudiciales que pueden o no estar asociados con otra afección médica, pero que deben ir acompañados de pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos o desproporcionados relacionados con los síntomas somáticos o problemas de salud asociados. Por el contrario, el diagnóstico de factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas requiere la presencia de una condición médica, así como factores psicológicos que afecten adversamente su curso o interfieran con su tratamiento.

Trastorno de pánico. En el trastorno de pánico, los síntomas somáticos y la ansiedad por la salud tienden a ocurrir en episodios agudos, mientras que en el trastorno de síntomas somáticos, la ansiedad y los síntomas somáticos son más persistentes.

Trastorno de ansiedad generalizada. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan por múltiples eventos, situaciones o actividades, de las cuales solo una puede estar relacionada con su salud. El enfoque principal no suele ser los síntomas somáticos o el miedo a la enfermedad como ocurre en el trastorno de síntomas somáticos.

Trastornos depresivos. Los trastornos depresivos suelen ir acompañados de síntomas somáticos como fatiga, dolores de cabeza o dolores articulares, abdominales u otros.

esfuerzos. Sin embargo, los trastornos depresivos se diferencian del trastorno de síntomas somáticos por el requisito de la presencia de un estado de ánimo depresivo o, en el caso del trastorno depresivo mayor, un estado de ánimo deprimido o una disminución del interés o placer en las actividades. En algunos contextos culturales, estos síntomas centrales de la depresión pueden ser inicialmente negados o minimizados por individuos cuyas presentaciones cumplirían los criterios de un trastorno depresivo. En cambio, estas personas podrían enfatizar los síntomas somáticos que pueden ser idiomáticos (p. ej., corazón pesado) y desconocidos para los médicos.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Si el individuo tiene muchas preocupaciones sobre la salud pero ningún síntoma somático o es mínimo, puede ser más apropiado considerar el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, el síntoma de presentación es la pérdida de la función (p. ej., de una extremidad), mientras que en el trastorno de síntomas somáticos, la atención se centra en la angustia que causan los síntomas particulares. Las características enumeradas en el Criterio B del trastorno de síntomas somáticos pueden ser útiles para diferenciar los dos trastornos.

Desorden delirante. En el trastorno de síntomas somáticos, las creencias del individuo de que los síntomas somáticos podrían reflejar una enfermedad física subyacente grave no se mantienen con una intensidad delirante. No obstante, las creencias del individuo con respecto a los síntomas somáticos pueden mantenerse firmemente. Por el contrario, en el trastorno delirante de tipo somático, la convicción del individuo de que los síntomas somáticos son indicativos de una enfermedad subyacente grave es más fuerte que la que se encuentra en el trastorno de síntomas somáticos.

Desorden dismórfico del cuerpo En el trastorno dismórfico corporal, el individuo está excesivamente preocupado por un defecto percibido en su apariencia física. Por el contrario, en el trastorno de síntomas somáticos, la preocupación por los síntomas somáticos refleja temor a una enfermedad subyacente, no a un defecto en la apariencia.

Desorden obsesivo compulsivo. En el trastorno de síntomas somáticos, las ideas recurrentes sobre los síntomas somáticos o la enfermedad son menos intrusivas, y las personas con este trastorno no exhiben las conductas repetitivas asociadas destinadas a reducir la ansiedad que ocurren en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno facticio y simulación. En el trastorno facticio y la simulación, los individuos se presentan como enfermos o discapacitados, pero presentan signos y síntomas físicos falsificados con la intención de engañar. Por el contrario, los síntomas del trastorno de síntomas somáticos no son simulados ni autoinducidos, y estos individuos sufren real y gravemente sus quejas somáticas.

Comorbilidad El

trastorno de síntomas somáticos se asocia con altas tasas de comorbilidad con otros trastornos mentales, así como con condiciones médicas generales. Los trastornos mentales concurrentes más relevantes son la ansiedad y los trastornos depresivos, cada uno de los cuales ocurre en hasta el 50% de los casos de trastornos de síntomas somáticos y contribuye significativamente al deterioro funcional general y a una peor calidad de vida. Otros trastornos mentales que se ha encontrado que coexisten con el trastorno de síntomas somáticos son el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo. Otra evidencia indica una asociación con la disfunción sexual en los hombres.

Se han encontrado niveles elevados de las características psicológicas (Criterio B) del trastorno de síntomas somáticos en varias condiciones médicas generales. Cuando está presente una condición médica general concurrente, el grado de deterioro es más marcado de lo que se esperaría de la enfermedad física sola. Además, se ha demostrado que la somatización en enfermedades médicas empeora los resultados de la enfermedad y el tratamiento, la adherencia y la calidad de vida y aumenta la utilización de la atención médica.

357

Trastorno de ansiedad por enfermedad

Criterios de diagnóstico

F45.21

- A. Preocupación por tener o adquirir una enfermedad grave.

- B. Los síntomas somáticos no están presentes o, si los hay, son de intensidad leve. Si hay otra condición médica presente o existe un alto riesgo de desarrollar una condición médica (p. ej., hay antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
- C. Hay un alto nivel de ansiedad acerca de la salud y el individuo se alarma fácilmente por su estado de salud personal.
- D. El individuo realiza comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., revisa repetidamente su cuerpo en busca de signos de enfermedad) o exhibe una evitación desadaptativa (p. ej., evita las citas con el médico y los hospitales).
- E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente durante al menos 6 meses, pero la enfermedad específica que se teme puede cambiar durante ese período de tiempo.
- F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno delirante de tipo somático.

Especifique si: **Tipo**

de búsqueda de atención: la atención médica, incluidas las visitas al médico o la realización de pruebas y procedimientos, se utiliza con frecuencia.

Tipo que evita la atención: Rara vez se utiliza la atención médica.

Características diagnósticas

La mayoría de las personas a las que previamente se les habría diagnosticado hipocondriasis en el DSM-IV (preocupación por tener una enfermedad grave basada en la interpretación errónea de los síntomas corporales por parte de la persona) ahora se clasifican con un trastorno de síntomas somáticos; sin embargo, en un tercio de los casos, se aplica el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

El trastorno de ansiedad por enfermedad implica una preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada (Criterio A). Los síntomas somáticos no están presentes o, si los hay, son de intensidad leve (Criterio B). A

una evaluación minuciosa no logra identificar una afección médica grave que explique las preocupaciones del individuo. Si bien la preocupación puede derivarse de un signo o sensación física no patológica, la angustia del individuo no emana principalmente de la queja física en sí, sino más bien de su ansiedad sobre el significado, la importancia o la causa de la queja (es decir, el diagnóstico médico sospechado).). Si hay un signo o síntoma físico, a menudo se trata de una sensación fisiológica normal (p. ej., mareo ortostático), una disfunción benigna y autolimitada (p. ej., tinnitus transitorio) o una molestia corporal que generalmente no se considera indicativa de enfermedad (p. ej., eructos). Si existe una afección médica diagnosticable, la ansiedad y la preocupación del individuo son claramente excesivas y desproporcionadas con respecto a la gravedad de la afección (Criterio B). La mayor parte de la evidencia empírica y la literatura existente se refieren a la hipocondriasis y la ansiedad por la salud previamente definidas por el DSM, y no está claro en qué medida y con qué precisión se aplican a la descripción de este nuevo diagnóstico.

La preocupación por la idea de que uno está enfermo se acompaña de una ansiedad sustancial acerca de la salud y la enfermedad (Criterio C). Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se alarman fácilmente por la enfermedad, por ejemplo, al escuchar que otra persona se enferma o al leer una noticia relacionada con la salud. Sus preocupaciones sobre la enfermedad no diagnosticada no responden a la tranquilidad médica adecuada, las pruebas diagnósticas negativas o el curso benigno. Los intentos del médico por tranquilizar y paliar los síntomas generalmente no alivian el estado de ánimo del individuo.

358

preocupaciones y pueden aumentarlas. Las preocupaciones por la enfermedad asumen un lugar prominente en la vida del individuo, afectando las actividades diarias y pueden incluso resultar en invalidez. La enfermedad se convierte en un rasgo central de la identidad y la autoimagen del individuo, un tema frecuente del discurso social y una respuesta característica a los acontecimientos vitales estresantes. Los individuos con el trastorno a menudo se examinan a sí mismos repetidamente (p. ej., examinarse la garganta en el espejo) (Criterio D). Investigan excesivamente la enfermedad que sospechan (p. ej., en Internet) y buscan reiteradamente la tranquilidad de familiares, amigos o médicos. Esta preocupación incesante a menudo se vuelve frustrante para los demás y puede resultar en una tensión considerable dentro de la familia. En algunos casos, la ansiedad

evitación desadaptativa de situaciones (p. ej., visitar a familiares enfermos) o actividades (p. ej., ejercicio) que estas personas temen que puedan poner en peligro su salud.

Funciones asociadas

Debido a que creen que tienen una enfermedad médica, las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se encuentran con mucha más frecuencia en los entornos médicos que en los de salud mental. La mayoría de las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad tienen una atención médica extensa pero insatisfactoria. Por lo general, tienen tasas elevadas de utilización de los servicios médicos y de salud mental en comparación con la población general. En una minoría de los casos de trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas están demasiado ansiosas para buscar atención médica y evitar la atención médica.

A menudo consultan a varios médicos por el mismo problema y obtienen resultados negativos en las pruebas de diagnóstico en repetidas ocasiones. En ocasiones, la atención médica conduce a una exacerbación paradójica de la ansiedad o complicaciones iatrogénicas de las pruebas y procedimientos diagnósticos. Las personas con este trastorno generalmente no están satisfechas con su atención médica y la encuentran inútil, a menudo sintiendo que los médicos no los toman en serio. A veces, estas preocupaciones pueden estar justificadas, ya que los médicos a veces son desdeñosos o responden con frustración u hostilidad. En ocasiones, esta respuesta puede dar lugar a que no se diagnostique una afección médica presente.

Predominio

Las estimaciones de prevalencia del trastorno de ansiedad por enfermedad se basan en estimaciones del diagnóstico de **hipocondriasis** y ansiedad por la salud del DSM-III y DSM-IV. La prevalencia de 1 a 2 años de ansiedad por la salud y/o convicción de enfermedad en encuestas comunitarias y muestras basadas en la población de países de altos ingresos como Estados Unidos y Alemania oscila entre el 1,3 % y el 10 %.

En las poblaciones médicas ambulatorias, las tasas de prevalencia a los 6 meses/1 año están entre el 2,2 % y el 8 % en una serie de países, con tasas de prevalencia medias ponderadas del 3 %. Por el contrario, en un estudio de pacientes en clínicas especializadas, aproximadamente una quinta parte de las personas informaron ansiedad por enfermedad. La prevalencia del trastorno es similar en hombres y mujeres.

Desarrollo y curso El desarrollo y el

curso del trastorno de ansiedad por enfermedad no están claros. Generalmente se piensa que el trastorno de ansiedad por enfermedad es una condición crónica, episódica y recurrente con una edad de inicio en la edad adulta temprana y media. Se cree que el trastorno es raro en los niños, aunque la aparición de ansiedades relacionadas con la salud puede ocurrir en la niñez o la adolescencia. En algunas muestras basadas en la población, la ansiedad relacionada con la salud aumenta con la edad, pero en otras, la ansiedad por la salud alcanza su punto máximo en la mediana edad, antes de disminuir en la vejez. Las edades de las personas con alta ansiedad por la salud en entornos médicos no parecen diferir de las de otras personas en esos entornos. En las personas mayores, la ansiedad relacionada con la salud a menudo se centra en la pérdida de la memoria y la pérdida

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El trastorno de ansiedad por enfermedad a veces puede ser precipitado por un estrés vital importante o una amenaza grave pero en última instancia benigna para la salud del individuo. una historia de

359

El abuso infantil o una enfermedad infantil grave, una enfermedad grave en uno de los padres o la muerte de un parente enfermo durante la infancia pueden predisponer al desarrollo del trastorno en la edad adulta.

Modificadores de curso. Aproximadamente entre un tercio y la mitad de las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad tienen una forma transitoria, que se asocia con menos comorbilidad psiquiátrica, más comorbilidad médica y un trastorno de ansiedad por enfermedad menos grave.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la

cultura El diagnóstico debe hacerse con cautela en individuos cuyas ideas sobre la enfermedad son congruentes con creencias culturales ampliamente aceptadas. La prevalencia parece ser similar en diferentes países, aunque se sabe poco sobre la variación transcultural en la fenomenología.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad por enfermedad

El trastorno de ansiedad por enfermedad provoca un deterioro sustancial del rol y una disminución de la función física y la calidad de vida relacionada con la salud. Los problemas de salud a menudo interfieren con las relaciones interpersonales, perturban la vida familiar y dañan el desempeño laboral.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. La primera consideración de diagnóstico diferencial es una condición médica subyacente, que incluye condiciones neurológicas o endocrinas, neoplasias malignas ocultas y otras enfermedades que afectan múltiples sistemas del cuerpo. La presencia de una condición médica no descarta la posibilidad de un trastorno de ansiedad por enfermedad coexistente. Si existe una afección médica, la ansiedad relacionada con la salud y las preocupaciones por la enfermedad son claramente desproporcionadas con respecto a su gravedad. Las preocupaciones transitorias relacionadas con una condición médica no constituyen un trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastornos de adaptación. La ansiedad relacionada con la salud es una respuesta normal a una enfermedad grave y no es un trastorno mental. Tal ansiedad por la salud no patológica está claramente relacionada con la afección médica y, por lo general, tiene un límite de tiempo. Si la ansiedad por la salud es lo suficientemente grave como para causar malestar clínicamente significativo o deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento, se puede diagnosticar un trastorno de adaptación. Sin embargo, si la ansiedad relacionada con la salud desproporcionada persiste durante más de 6 meses, se puede aplicar un diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno de síntomas somáticos. Tanto el trastorno de síntomas somáticos como el trastorno de ansiedad por enfermedad pueden caracterizarse por un alto nivel de ansiedad sobre la salud y comportamientos excesivos relacionados con la salud. Se diferencian por el hecho de que el trastorno de síntomas somáticos requiere la presencia de síntomas somáticos que son angustiantes o que provocan una interrupción significativa de la vida diaria, mientras que en el trastorno de ansiedad por enfermedad, los síntomas somáticos no están presentes o, si los hay, son de intensidad leve. .

Desórdenes de ansiedad. En el trastorno de ansiedad generalizada, las personas se preocupan por múltiples eventos, situaciones o actividades, de las cuales solo una puede estar relacionada con la salud. En el trastorno de pánico, al individuo le puede preocupar que los ataques de pánico reflejen la presencia de una enfermedad médica; sin embargo, aunque estas personas pueden tener ansiedad por la salud, su ansiedad suele ser muy aguda

y episódico. En el trastorno de ansiedad por enfermedad, la ansiedad por la salud y los temores son más persistentes y duraderos. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden experimentar ataques de pánico provocados por sus preocupaciones sobre la enfermedad.

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener pensamientos intrusivos acerca de tener una enfermedad y también pueden tener conductas compulsivas asociadas (p. ej., buscar tranquilidad). Sin embargo, en el trastorno de ansiedad por enfermedad, las preocupaciones suelen centrarse en tener una enfermedad, mientras que en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), los pensamientos son intrusivos y suelen centrarse en los temores de contraer una enfermedad en el futuro. La mayoría de las personas con TOC tienen obsesiones o compulsiones

360

involucrando otras preocupaciones además de los temores de contraer enfermedades. En el trastorno dismórfico corporal, las preocupaciones se limitan a la apariencia física del individuo, que se considera defectuosa o defectuosa.

Trastorno depresivo mayor. Algunas personas con un episodio depresivo mayor reflexionan sobre su salud y se preocupan excesivamente por la enfermedad. No se hace un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad por enfermedad si estas preocupaciones ocurren solo durante episodios depresivos mayores. Sin embargo, si la preocupación excesiva por la enfermedad persiste después de la remisión de un episodio de trastorno depresivo mayor, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

Desórdenes psicóticos. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad no se engañan y pueden reconocer la posibilidad de que la enfermedad temida no esté presente. Sus ideas no alcanzan la rigidez e intensidad que se observa en los delirios somáticos que ocurren en los trastornos psicóticos (p. ej., esquizofrenia, trastorno delirante de tipo somático, trastorno depresivo mayor con características psicóticas). Los delirios somáticos verdaderos suelen ser más extraños (p. ej., que un órgano se está pudriendo o está muerto) que las preocupaciones que se observan en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Las preocupaciones que se observan en el trastorno de ansiedad por enfermedad, aunque no se basan en la realidad, son plausibles.

comorbilidad

El trastorno de ansiedad por enfermedad coexiste con trastornos de ansiedad (en particular, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico), TOC y depresión.

trastornos. Es probable que aproximadamente dos tercios de las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad tengan al menos otro trastorno mental importante comórbido. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener un riesgo elevado de trastornos de personalidad.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (Desorden de conversión)

Criterios de diagnóstico

- A. Uno o más síntomas de alteraciones motoras o sensoriales voluntarias. función.
- B. Los hallazgos clínicos proporcionan evidencia de incompatibilidad entre el síntoma y las condiciones neurológicas o médicas reconocidas.
- C. El síntoma o déficit no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma o déficit causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento o justifica una evaluación médica.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende del tipo de síntoma (ver más abajo).

Especifique el tipo de

síntoma: **F44.4 Con debilidad o**

parálisis F44.4 Con movimiento anormal (p. ej., temblor, distonía, mioclonia, trastorno de la marcha)

F44.4 Con síntomas de deglución

F44.4 Con síntomas del habla (p. ej., disfonía, dificultad para hablar)

F44.5 Con ataques o convulsiones

F44.6 Con anestesia o pérdida sensorial

F44.6 Con síntoma sensorial especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)

F44.7 Con síntomas mixtos

Especificar si: **Episodio agudo:**

Síntomas presentes por menos de 6 meses.

Persistente: Síntomas que ocurren durante 6 meses o más.

361

Especificar si:

Con estrés psicológico (especificar estrés)

Sin estrés psicológico

Características de

diagnóstico En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), puede haber uno o más síntomas neurológicos de varios tipos. Los síntomas motores incluyen debilidad o parálisis; movimientos anormales, como temblores, sacudidas o movimientos distónicos; y alteraciones de la marcha. Los síntomas sensoriales incluyen sensibilidad cutánea, visión o audición alteradas, reducidas o ausentes. Los episodios de falta de respuesta aparente con o sin movimientos de las extremidades pueden parecerse a ataques epilépticos, síncope o coma (también llamados **ataques o ataques disociativos, psicógenos** o no epilépticos). Otros síntomas incluyen volumen del habla reducido o ausente (disfonía/afonía); alteración de la articulación, prosodia o fluidez del habla; una sensación de nudo en la garganta (globus); y diplopía. Este trastorno se ha llamado "trastorno de conversión" en ediciones anteriores del DSM, así como en gran parte de la literatura de investigación psiquiátrica. El término "conversión" se originó en la teoría psicoanalítica, que propone que el conflicto psíquico inconsciente se "convierte" en síntomas físicos.

El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos que muestran clara evidencia de incompatibilidad con enfermedad neurológica reconocida. Por lo general, estos deben obtenerse e interpretarse en el contexto de todo el cuadro clínico por un profesional de la salud con experiencia en el diagnóstico de trastornos neurológicos.

condiciones. El diagnóstico no es de exclusión y se puede hacer en personas que también tienen enfermedades neurológicas como epilepsia o esclerosis múltiple. El diagnóstico no debe hacerse simplemente porque los resultados de las investigaciones son normales o porque el síntoma es "extraño". La inconsistencia interna durante el examen es una forma de demostrar la incompatibilidad (es decir, demostrar que los signos físicos obtenidos a través de un método de examen ya no están presentes cuando se prueba de otra manera). Hay docenas de ejemplos de tales hallazgos de exámenes "positivos". Ejemplos de hallazgos de exámenes que indican incompatibilidad con enfermedades neurológicas reconocidas incluyen los siguientes:

- Para la debilidad o parálisis funcional de las extremidades: el signo de Hoover, en el que la debilidad de la extensión de la cadera vuelve a la fuerza normal con la flexión contralateral de la cadera contra resistencia; el signo del abductor de la cadera, en el que la debilidad de la abducción del muslo vuelve a la normalidad con la abducción contralateral de la cadera contra resistencia; o una discrepancia entre el desempeño en la cama (p. ej., debilidad de la flexión plantar del tobillo) en comparación con otra tarea (p. ej., capacidad para caminar de puntillas).
- Para el temblor funcional: la prueba de arrastre del temblor, en la que el temblor cambia cuando el individuo se distrae copiando al examinador al hacer un movimiento rítmico con la mano o el pie contralateral. La prueba es positiva cuando el temblor "arrastra" el ritmo de la mano o el pie no afectados, el temblor se suprime o el individuo no puede copiar movimientos rítmicos simples. Otras características del temblor funcional de las extremidades incluyen la variabilidad en la frecuencia o la dirección del temblor.
- Para la distonía funcional: los individuos típicamente se presentan con una posición invertida fija del tobillo, un puño cerrado o una contracción unilateral del platismo, a menudo con un inicio repentino.
- Para ataques que se asemejan a ataques epilépticos o síncope (también llamados ataques funcionales o disociativos [no epilépticos]): las características que sugieren un trastorno de síntomas neurológicos funcionales incluyen cierre ocular persistente a veces con resistencia a la apertura, movimientos motores bilaterales con conciencia preservada o una duración superior a 5 minutos . Por lo general, las características clínicas deben combinarse y pueden respaldarse con un electroencefalograma ictal simultáneo normal (aunque esto por sí solo no excluye todas las formas de epilepsia o síncope).

- Para síntomas funcionales del habla: inconsistencias internas en la articulación y fonación del habla.

- Para los síntomas visuales funcionales: un campo visual tubular (es decir, visión de túnel) y pruebas que indican inconsistencia interna en la agudeza visual, como la "prueba de empañamiento" (es decir, mientras el individuo ve la tabla optométrica con ambos ojos abiertos, el "buen" ojo está sutilmente empañado, por lo que cualquier visión binocular útil debe ser el resultado de una función ocular "mala").

Es importante señalar que el diagnóstico de trastorno de síntomas neurológicos funcionales debe basarse en el cuadro clínico general y no en un único hallazgo clínico.

Funciones asociadas

Varias características asociadas pueden respaldar el diagnóstico de trastorno de síntomas neurológicos funcionales, aunque ninguna es específica. Puede haber antecedentes de otros síntomas o trastornos somáticos funcionales, especialmente dolor y fatiga. El inicio puede estar asociado con estrés o trauma, ya sea de naturaleza psicológica o física. La relevancia etiológica potencial de este estrés o trauma puede ser sugerida por una estrecha relación temporal. Sin embargo, si bien la evaluación del estrés y el trauma es importante, puede estar ausente hasta en el 50% de las personas, y el diagnóstico no debe ocultarse si no se encuentra ninguno.

El trastorno de síntomas neurológicos funcionales a menudo se asocia con síntomas disociativos, como despersonalización, desrealización y amnesia disociativa, particularmente al inicio de los síntomas o durante los ataques.

El fenómeno de ***la belle indifférence*** (es decir, la falta de preocupación por la naturaleza o las implicaciones del síntoma) se ha asociado con el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, pero no es específico y no debe usarse para hacer el diagnóstico. De manera similar, el concepto de ***ganancia secundaria*** (es decir, cuando los individuos obtienen beneficios externos como dinero o liberación de responsabilidades) tampoco es específico del trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Predominio

Los síntomas neurológicos funcionales transitorios son comunes, pero se desconoce la prevalencia precisa del trastorno. Con base en investigaciones en los Estados Unidos y el norte de Europa, se estima que la incidencia de síntomas neurológicos funcionales persistentes individuales es de 4 a 12/100 000 por año.

La prevalencia en clínicas especializadas parece ser mayor, aunque los datos son limitados. Por ejemplo, el 5 % de los pacientes ambulatorios de entre 9 y 17 años en una clínica psiquiátrica japonesa y el 6 % de los adultos y adolescentes ingresados en un hospital psiquiátrico para pacientes internados en Omán recibieron un diagnóstico compatible con un trastorno de síntomas neurológicos funcionales. En las clínicas de neurología, alrededor del 5% al 15% de las personas tienen un diagnóstico de trastorno de síntomas neurológicos funcionales en estudios de Escocia y Australia.

El desarrollo y el inicio del curso se han

informado a lo largo del curso de la vida. El inicio medio de los ataques no epilépticos alcanza su punto máximo entre los 20 y los 29 años, y los síntomas motores tienen su inicio medio entre los 30 y los 39 años. Los síntomas pueden ser transitorios o persistentes. El pronóstico puede ser mejor en niños más pequeños que en adolescentes y adultos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los rasgos de personalidad desadaptativos, especialmente la inestabilidad emocional, se asocian comúnmente con el trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Ambiental. Puede haber antecedentes de abuso y negligencia infantil.

Los eventos estresantes de la vida, incluidas las lesiones físicas, son factores desencadenantes comunes pero no universales.

363

Genético y fisiológico. La presencia de una enfermedad neurológica que causa síntomas similares es un factor de riesgo (p. ej., alrededor de uno de cada cinco individuos con convulsiones funcionales [no epilépticas] también tiene epilepsia).

Modificadores de curso. La corta duración de los síntomas y la concordancia con el diagnóstico son factores pronósticos positivos. Los rasgos de personalidad desadaptativos, la presencia de enfermedades físicas comórbidas y la recepción de beneficios por discapacidad parecen ser factores pronósticos negativos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Los episodios de falta de respuesta (incluidas las convulsiones) y los síntomas motores son los síntomas neurológicos funcionales más comunes en todos los contextos culturales. La alta comorbilidad entre síntomas neurológicos funcionales y disociativos es común en diferentes culturas, especialmente en individuos con convulsiones no epilépticas. Los cambios que se asemejan a síntomas neurológicos funcionales (y disociativos) son comunes en ciertos rituales sancionados culturalmente. Si los síntomas se explican completamente dentro del contexto cultural particular y no dan como resultado una angustia o discapacidad clínicamente significativa, entonces no se realiza el diagnóstico de trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género El trastorno de síntomas neurológicos funcionales es de dos a tres veces más común en las mujeres para la mayoría de las presentaciones de síntomas. Un gran estudio clínico encontró tasas más altas de deterioro cognitivo y debilidad en los hombres y un mayor trauma sexual y físico en el pasado en las mujeres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Los

estudios de cohortes sobre el trastorno de síntomas neurológicos funcionales en su mayoría muestran tasas más altas de pensamientos e intentos suicidas. Las personas con síntomas funcionales en una clínica de neurología tienen una tasa más alta de pensamientos suicidas que las personas con enfermedad neurológica reconocida. Un estudio en Turquía de 100 pacientes ambulatorios psiquiátricos consecutivos con trastorno de síntomas neurológicos funcionales encontró que un historial de intento de suicidio se asoció con el consumo de riesgo de alcohol, un historial de maltrato infantil y una mayor gravedad de los síntomas disociativos en comparación con aquellos que no intentaron su

Consecuencias funcionales del trastorno de síntomas neurológicos funcionales

Las personas con trastornos de síntomas neurológicos funcionales pueden tener una discapacidad física considerable. La gravedad de la discapacidad puede ser similar a la experimentada por personas con condiciones médicas reconocidas comparables.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad neurológica reconocida. El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad neurológica reconocida que podría explicar mejor los síntomas.

Después de una evaluación neurológica exhaustiva, rara vez se encuentra una enfermedad neurológica inesperada que cause los síntomas durante el seguimiento. Sin embargo, puede ser necesaria una nueva evaluación si los síntomas parecen ser progresivos. El trastorno de síntomas neurológicos funcionales comúnmente coexiste con una enfermedad neurológica reconocida y puede ser parte del estado prodrómico de algunas enfermedades neurológicas progresivas.

Trastorno de síntomas somáticos. El trastorno de síntomas neurológicos funcionales se puede diagnosticar además del trastorno de síntomas somáticos. La mayoría de los síntomas somáticos

364

encontrado en el trastorno de síntomas somáticos no puede demostrarse que sea claramente incompatible con una enfermedad neurológica o médica reconocida, mientras que en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, tal incompatibilidad es necesaria para el diagnóstico.

Trastorno facticio y simulación. Funcional El trastorno de síntomas neurológicos describe síntomas experimentados genuinamente que no se producen intencionalmente (es decir, no son fingidos). Sin embargo, la evidencia definitiva de fingir (p. ej., marcada discrepancia entre las actividades de la vida diaria reportadas y observadas) sugeriría fingir si el objetivo aparente del individuo es obtener una recompensa externa obvia, o un trastorno ficticio en ausencia de tal recompensa.

Trastornos disociativos. Los síntomas disociativos son comunes en individuos con trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Si están presentes tanto el trastorno de síntomas neurológicos funcionales como un trastorno disociativo, se deben realizar ambos diagnósticos.

Desorden dismórfico del cuerpo. Las personas con trastorno dismórfico corporal están excesivamente preocupadas por un defecto percibido en su apariencia física, pero no se quejan de síntomas de funcionamiento sensorial o motor en la parte del cuerpo afectada.

Trastornos depresivos. En los trastornos depresivos, los individuos pueden informar pesadez general de las extremidades, mientras que la debilidad de las funciones

el trastorno de síntomas neurológicos es más focal y prominente. Los trastornos depresivos también se diferencian por la presencia de síntomas depresivos centrales.

Trastorno de pánico. Los síntomas neurológicos episódicos (p. ej., temblor y parestesia) pueden ocurrir tanto en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales como en los ataques de pánico. En los ataques de pánico, los síntomas neurológicos se asocian típicamente con síntomas cardiorrespiratorios característicos y conciencia retenida. La pérdida de conciencia con amnesia del ataque ocurre en las convulsiones funcionales pero no en los ataques de pánico.

Comorbilidad

Los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico, y los trastornos depresivos suelen coexistir con el trastorno de síntomas neurológicos funcionales. El trastorno de síntomas somáticos también puede coexistir. Los trastornos de personalidad son más comunes en individuos con trastorno de síntomas neurológicos funcionales que en la población general. Las condiciones neurológicas u otras condiciones médicas también coexisten comúnmente con el trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Factores psicológicos que afectan a otros Condiciones médicas

Criterios de diagnóstico

F54

- A. Un síntoma o condición médica (que no sea una enfermedad mental) trastorno) está presente.
- B. Los factores psicológicos o de comportamiento afectan adversamente la condición médica de una de las siguientes maneras:
 1. Los factores han influido en el curso de la condición médica como lo demuestra una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o

exacerbación o retraso en la recuperación de la afección médica.

2. Los factores interfieren en el tratamiento del médico (p. ej., mala adherencia).
3. Los factores constituyen salud adicional bien establecida riesgos para el individuo.

365

4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, precipitando o exacerbando los síntomas o necesitando atención médica.

- C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático).

Especifique la gravedad

actual: **Leve**: aumenta el riesgo médico (p. ej., adherencia inconsistente al tratamiento antihipertensivo).

Moderado: Agrava la afección médica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma).

Severo: resulta en hospitalización médica o visita a la sala de emergencias.

Extremo: Da como resultado un riesgo grave que pone en peligro la vida (p. ej., ignorar los síntomas de un ataque al corazón).

Características de

diagnóstico La característica esencial de los factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas es la presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales clínicamente significativos que afectan adversamente una condición médica aumentando el riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad (Criterio B). Estos factores pueden afectar adversamente la condición médica al influir en su curso o tratamiento, al constituir un problema de salud adicional bien establecido.

factor de riesgo, o al influir en la fisiopatología subyacente para precipitar o exacerbar los síntomas o para requerir atención médica.

Los factores psicológicos o conductuales incluyen angustia psicológica, patrones de interacción interpersonal, estilos de afrontamiento y comportamientos de salud desadaptativos, como la negación de los síntomas o el cumplimiento deficiente de las recomendaciones médicas. Los ejemplos clínicos comunes son el asma que exacerba la ansiedad, la negación de la necesidad de tratamiento para el dolor torácico agudo y la manipulación de la insulina por parte de un individuo con diabetes que desea perder peso. Se ha demostrado que muchos factores psicológicos diferentes influyen negativamente en las condiciones médicas, por ejemplo, síntomas de depresión o ansiedad, eventos estresantes de la vida, estilo de relación, rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento. Los efectos adversos pueden variar desde agudos, con consecuencias médicas inmediatas (p. ej., miocardiopatía de Takotsubo), hasta crónicos, que ocurren durante un largo período de tiempo (p. ej., estrés ocupacional crónico que aumenta el riesgo de hipertensión). Las afecciones médicas afectadas pueden ser aquellas con fisiopatología clara (p. ej., diabetes, cáncer, enfermedad coronaria), síndromes funcionales (p. ej., migraña, síndrome del intestino irritable, fibromialgia) o síntomas médicos idiopáticos (p. ej., dolor, fatiga, mareos).

Este diagnóstico debe reservarse para situaciones en las que el efecto del factor psicológico sobre la condición médica es evidente y el factor psicológico tiene efectos clínicamente significativos sobre el curso o resultado de la condición médica. Los síntomas psicológicos o conductuales anormales que se desarrollan en respuesta a una afección médica se codifican más correctamente como un trastorno de adaptación (una respuesta psicológica clínicamente significativa a un factor estresante identificable). Debe haber evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y la condición médica, aunque a menudo no sea posible demostrar la causalidad directa o los mecanismos subyacentes a la relación.

Predominio

La prevalencia de los factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas no está clara. En los datos de facturación de seguros privados de EE. UU., fue un diagnóstico más común que los trastornos de síntomas somáticos del DSM-IV.

Desarrollo y curso Los factores

psicológicos que afectan otras condiciones médicas pueden ocurrir a lo largo de la vida. Particularmente con niños pequeños, la historia corroborativa de los padres o la escuela puede ayudar al

366

evaluación diagnóstica. Algunas condiciones son características de etapas particulares de la vida (p. ej., en personas mayores, el estrés asociado con actuar como cuidador de un cónyuge o pareja enfermo).

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la

cultura Muchas diferencias entre los contextos culturales pueden influir en los factores psicológicos y sus efectos en las condiciones médicas, como el lenguaje y el estilo de comunicación, los modismos de la angustia, los modelos explicativos de la enfermedad, los patrones de búsqueda de atención médica, la disponibilidad y organización del servicio, relaciones médico-paciente y otras prácticas curativas, roles familiares y de género, y actitudes hacia el dolor y la muerte. Los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas deben diferenciarse de los comportamientos de afrontamiento culturalmente específicos, como el acceso a curanderos religiosos, espirituales o tradicionales u otras variaciones en el manejo de enfermedades que sean aceptables dentro de los contextos culturales y representen un intento de ayudar a curar la afección médica. Estas prácticas locales pueden complementar en lugar de obstruir las intervenciones basadas en evidencia. El uso de prácticas alternativas de sanación puede retrasar el uso de los servicios médicos y afectar los resultados, pero cuando la intención de la práctica de sanación es abordar el problema de una manera sancionada culturalmente, estas prácticas no deben patologizarse como factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas.

Consecuencias funcionales de los factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas Se ha demostrado que los factores psicológicos y conductuales afectan el curso de muchas enfermedades médicas.

Diagnóstico diferencial

Trastorno mental debido a otra condición médica.

Una asociación temporal entre

los síntomas de un trastorno mental y los de una condición médica también es característica de un trastorno mental debido a otra condición médica, pero la presunta causalidad es en la dirección opuesta. En un trastorno mental debido a otra afección médica, se considera que la afección médica está causando el trastorno mental a través de un mecanismo fisiológico directo. En los factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas, se considera que los factores psicológicos o conductuales afectan el curso de la condición médica.

Trastornos de adaptación.

Los síntomas psicológicos o conductuales anormales que se desarrollan en respuesta a una afección médica se codifican más correctamente como un trastorno de adaptación (una respuesta psicológica clínicamente significativa a un factor estresante identificable). Por ejemplo, a un individuo con angina que se precipita cada vez que se enfurece se le diagnosticaría que tiene factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas, mientras que a un individuo con angina que desarrolló ansiedad anticipatoria desadaptativa se le diagnosticaría un trastorno adaptativo con ansiedad. En la práctica clínica, sin embargo, los factores psicológicos y una condición médica a menudo se exacerbaban mutuamente (p. ej., la ansiedad como precipitante y como consecuencia de la angina), en cuyo caso la distinción es arbitraria. Otros trastornos mentales suelen dar lugar a complicaciones médicas, sobre todo trastornos por consumo de sustancias (p. ej., trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de tabaco). Si una persona tiene un trastorno mental importante coexistente que afecta negativamente o causa otra afección médica, los diagnósticos del trastorno mental y la afección médica suelen ser suficientes. Los factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas se diagnostican cuando los rasgos o comportamientos psicológicos no cumplen con los criterios para un diagnóstico mental.

Trastorno de síntomas somáticos.

El trastorno de síntomas somáticos se caracteriza por una combinación de síntomas somáticos angustiantes y pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos o desadaptativos en respuesta a estos síntomas o problemas de salud asociados. El individuo puede o no tener una condición médica diagnosticable. Por el contrario, en los factores psicológicos

afectando otras condiciones médicas, los factores psicológicos afectan adversamente una condición médica; los pensamientos, sentimientos y comportamiento del individuo no son necesariamente excesivos. La diferencia es de énfasis, más que una distinción clara. En los factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas, el énfasis está en la exacerbación de la condición médica (p. ej., un individuo con angina que se precipita cada vez que se vuelve ansioso). En el trastorno de síntomas somáticos, el énfasis está en los pensamientos, sentimientos y comportamientos desadaptativos (p. ej., una persona con angina que se preocupa constantemente de sufrir un ataque cardíaco, se toma la presión arterial varias veces al día y restringe sus actividades).

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por una alta ansiedad por enfermedad que es angustiosa y/o disruptiva para la vida diaria con síntomas somáticos mínimos. El foco de preocupación clínica es la preocupación del individuo por tener una enfermedad; en la mayoría de los casos, no hay ninguna enfermedad grave presente. En los factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas, la ansiedad puede ser un factor psicológico relevante que afecta una condición médica, pero la preocupación clínica son los efectos adversos sobre la condición médica.

Comorbilidad Por

definición, el diagnóstico de factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas implica un síndrome o rasgo psicológico o conductual relevante y una condición médica comórbida.

Trastorno facticio

Criterios de diagnóstico

Trastorno facticio impuesto a uno mismo

F68.10

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada con el engaño identificado.

- B. El individuo se presenta a los demás como enfermo, deteriorado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensas externas obvias.
- D. La conducta no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Especificar:

episodio único

Episodios recurrentes (dos o más eventos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

**Trastorno ficticio impuesto a otro
(Anteriormente Trastorno facticio por poder)**

F68.A

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada con el engaño identificado.
- B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) a otros como enfermo, discapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensas externas obvias.
- D. La conducta no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Nota: El perpetrador, no la víctima, recibe este diagnóstico.

Especificar: Episodio

único Episodios recurrentes (dos o más eventos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

Procedimientos de registro

Cuando un individuo falsifica la enfermedad de otro (p. ej., niños, adultos, mascotas), el diagnóstico es un trastorno ficticio impuesto a otro. El perpetrador, no la víctima, recibe el diagnóstico. La víctima puede recibir un diagnóstico de abuso (p. ej., T74.12X; consulte el capítulo "Otras afecciones que pueden ser un foco de atención clínica"). Si un individuo con un trastorno ficticio impuesto a otro también ha representado engañosamente su propia enfermedad o lesión, se puede diagnosticar tanto el trastorno ficticio impuesto a sí mismo como a otro.

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno ficticio es la falsificación de signos y síntomas médicos o psicológicos en el individuo o en otros que están asociados con el engaño identificado. Las personas con trastorno facticio también pueden buscar tratamiento para sí mismas o para otra persona después de la inducción de una lesión o enfermedad. El diagnóstico requiere demostrar que el individuo está realizando acciones subrepticias para tergiversar, simular o causar signos o síntomas de enfermedad o lesión incluso en ausencia de recompensas externas obvias. El diagnóstico de trastorno facticio enfatiza la identificación objetiva de la falsificación de signos y síntomas de enfermedad y no las motivaciones individuales del falsificador. Los métodos de falsificación de enfermedades pueden incluir exageración, fabricación, simulación e inducción. Si bien puede existir una condición médica preexistente, el comportamiento engañoso o la inducción de daño asociado con el engaño hace que otros vean a tales individuos (o, en el caso de un trastorno ficticio impuesto a otro, a la víctima) como más enfermos o discapacitados, y esto puede llevar a una intervención clínica excesiva. Las personas con trastorno ficticio pueden, por ejemplo, informar sentimientos de depresión y pensamientos o conductas suicidas después de la muerte de un cónyuge a pesar de que la muerte no es cierta o de que la persona no tiene cónyuge; informar engañosamente episodios de síntomas neurológicos (p. ej., convulsiones, mareos o desmayos); manipular una prueba de laboratorio (p. ej., agregando sangre a la orina) para indicar falsamente una anomalía; falsificar registros médicos para indicar una enfermedad; ingerir una sustancia (p. ej., insulina o warfarina) para inducir un resultado de laboratorio anormal o una enfermedad; o lesionarse físicamente o provocar enfer-

materia fecal para producir un absceso o inducir sepsis). Aunque las personas con trastorno ficticio acuden con mayor frecuencia a los profesionales de la salud para el tratamiento de sus síntomas ficticios, algunas personas con trastorno ficticio eligen engañar a los miembros de la comunidad en persona o en línea sobre la enfermedad o lesión sin involucrar necesariamente a los profesionales de la salud.

Funciones asociadas

Los individuos con trastorno ficticio impuesto a sí mismos o trastorno ficticio impuesto a otro corren el riesgo de experimentar una gran angustia psicológica o deterioro funcional al causar daño a sí mismos y a los demás. La familia, los amigos, los líderes religiosos y los profesionales de la salud también suelen verse afectados negativamente por su comportamiento (p. ej., tiempo, atención y recursos dedicados a brindar atención médica y apoyo emocional al falsificador). Los sujetos con trastorno ficticio impuesto a otro alegan en ocasiones falsamente la presencia de déficits educativos o discapacidades en sus hijos por los que demandan una atención especial, muchas veces con considerables inconvenientes para los profesionales de la educación.

Mientras que algunos aspectos de los trastornos ficticios pueden representar una conducta delictiva (p. ej., un trastorno ficticio impuesto a otro, en el que las acciones de los padres representan abuso y maltrato de un niño), dicha conducta delictiva y la enfermedad mental no se excluyen mutuamente. Además, tales comportamientos, incluida la inducción de lesiones o enfermedades, están asociados con el engaño.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno ficticio, probablemente debido al papel del engaño en esta población. Lo que complica aún más los esfuerzos para determinar la prevalencia es el hecho de que los profesionales de la salud rara vez registran el diagnóstico, incluso en casos reconocidos.

Con base en un estudio de pacientes internados en hospitales generales en los Estados Unidos remitidos a consulta psiquiátrica, se estima que casi el 1% tiene presentaciones que cumplen los criterios de trastorno facticio. Facticio

el trastorno impuesto a sí mismo o a otro parece encontrarse con más frecuencia en entornos de atención terciaria que en los sitios de atención primaria.

Desarrollo y curso El curso del trastorno

ficticio suele ser uno de episodios intermitentes.

Los episodios únicos y los que se caracterizan por ser persistentes e incesantes son menos comunes. El inicio suele ser en la edad adulta temprana, a menudo después de la hospitalización por una afección médica o un trastorno mental.

Cuando se impone a otro, el trastorno puede comenzar después de la hospitalización del hijo del individuo u otro dependiente. En individuos con episodios recurrentes de falsificación de signos y síntomas de enfermedad y/o inducción de lesiones, este patrón de contactos engañosos sucesivos con el personal médico, incluidas las hospitalizaciones, puede durar toda la vida.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Si bien se desconoce la prevalencia, un análisis combinado de todas las series de casos y estudios revela que dos tercios de las personas con trastorno ficticio son mujeres y un tercio son hombres.

Diagnóstico diferencial

Engaño para evitar la responsabilidad legal. A los cuidadores que mienten sobre las lesiones por abuso en los dependientes únicamente para protegerse de la responsabilidad no se les diagnostica un trastorno ficticio impuesto a otro porque la protección de la responsabilidad es una recompensa externa (Criterio C, el comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensas externas obvias). A los cuidadores que, tras la observación, el análisis de los registros médicos y/o las entrevistas con otros, se descubre que mienten más de lo necesario para su autoprotección inmediata, se les diagnostica un trastorno ficticio impuesto a otro.

Síntoma somático y trastornos relacionados. En el trastorno de síntomas somáticos y el tipo de trastorno de ansiedad por enfermedad de búsqueda de atención, puede haber una atención y una búsqueda de tratamiento excesivas por preocupaciones médicas percibidas, pero no hay evidencia de que el individuo proporcione información falsa o se comporte de manera engañosa.

La simulación se diferencia del trastorno ficticio por el informe intencional de síntomas para beneficio personal (p. ej., dinero, tiempo libre en el trabajo). Por el contrario, el diagnóstico de trastorno ficticio requiere que la falsificación de la enfermedad no se justifique por completo mediante recompensas externas. Sin embargo, el trastorno ficticio y la simulación no son mutuamente excluyentes. Los motivos en cualquier caso individual pueden ser múltiples y cambiantes dependiendo de las circunstancias y reacciones de los demás.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)

El trastorno de síntomas neurológicos se caracteriza por síntomas neurológicos que son inconsistentes con la fisiopatología neurológica. El trastorno facticio con síntomas neurológicos se distingue del trastorno de síntomas neurológicos funcionales por la evidencia de falsificación engañosa de los síntomas.

Trastorno límite de la personalidad. La autolesión física deliberada en ausencia de intención suicida también puede ocurrir en asociación con otros trastornos mentales como el trastorno límite de la personalidad. El trastorno facticio requiere que la inducción de la lesión ocurra en asociación con el engaño.

Condición médica o trastorno mental no asociado con la falsificación intencional de síntomas.

La presentación de signos y síntomas de enfermedad que no se ajustan a una condición médica o trastorno mental identificable aumenta la probabilidad de la presencia de un trastorno facticio. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno facticio no excluye la

370

presencia de una verdadera afección médica o trastorno mental, ya que la enfermedad comórbida a menudo se presenta en el individuo junto con el trastorno ficticio. Por ejemplo, las personas que pueden manipular los niveles de azúcar en la sangre para producir síntomas también pueden tener diabetes.

Otro síntoma somático especificado y Trastorno relacionado

F45.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un síntoma somático y un trastorno relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos somáticos. Clase diagnóstica de síntomas y trastornos relacionados.

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes:

1. **Trastorno breve de síntomas**

somáticos: la duración de los síntomas es
Menos de 6 meses.

2. **Trastorno de ansiedad por enfermedad breve:** la duración de los síntomas es menor de 6 meses.

3. **Trastorno de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos relacionados con la salud o evitación desadaptativa:** no se cumple el criterio D para el trastorno de ansiedad por enfermedad.

4. **Pseudocyesis:** Una creencia falsa de estar embarazada que se asocia con signos objetivos y síntomas informados de embarazo.

Síntoma somático no especificado y relacionado Trastorno

F45.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un síntoma somático y un trastorno relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos somáticos. Clase diagnóstica de síntomas y trastornos relacionados. La categoría de síntoma somático no especificado y trastorno relacionado no debe utilizarse a menos que existan situaciones decididamente inusuales.

donde no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Trastornos de la alimentación y la alimentación

Los trastornos alimentarios y de la alimentación se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación o del comportamiento relacionado con la alimentación que da como resultado la alteración del consumo o la absorción de los alimentos y que afecta significativamente la salud física o el funcionamiento psicosocial. Se proporcionan criterios de diagnóstico para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

Los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón dan como resultado un esquema de clasificación que es mutuamente excluyente, de modo que durante un solo episodio, solo se puede asignar uno de estos diagnósticos. La justificación de este enfoque es que, a pesar de una serie de características psicológicas y conductuales comunes, los trastornos difieren sustancialmente en el curso clínico, el resultado y las necesidades de tratamiento.

Algunas personas con los trastornos descritos en este capítulo informan síntomas relacionados con la alimentación que se asemejan a los que suelen presentar las personas con trastornos por uso de sustancias, como el ansia y los patrones de uso compulsivo. Esta semejanza puede reflejar la participación de los mismos sistemas neuronales, incluidos los implicados en el autocontrol regulador y la recompensa, en ambos grupos de trastornos. Sin embargo, las contribuciones relativas de los factores compartidos y distintos en el desarrollo y la perpetuación de los trastornos alimentarios y por uso de sustancias siguen sin comprenderse lo suficiente.

Finalmente, la obesidad no está incluida en el DSM-5 como un trastorno mental. La obesidad (exceso de grasa corporal) resulta del exceso a largo plazo de la ingesta de energía en relación con el gasto de energía. Una variedad de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que varían entre los individuos contribuyen al desarrollo de la obesidad; por lo tanto, la obesidad no se considera un trastorno mental. Sin embargo, existen asociaciones sólidas entre la obesidad y una serie de trastornos mentales (p. ej., trastorno por atracón, trastornos depresivos y bipolares, esquizofrenia). Los efectos secundarios de algunos psicotrópicos

los medicamentos contribuyen de manera importante al desarrollo de la obesidad, y la obesidad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos).

Pica

Criterios de diagnóstico

- A. Consumo persistente de sustancias no nutritivas y no alimenticias durante un período de al menos 1 mes.
- B. El consumo de sustancias no nutritivas y no alimenticias es inapropiado para el nivel de desarrollo del individuo.
- C. La conducta alimentaria no es parte de una práctica culturalmente apoyada o socialmente normativa.
- D. Si la conducta alimentaria ocurre en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica adicional.

372

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para pica son **F98.3** en niños y **F50.89** en adultos.

Especifique

si: **En remisión:** después de que se cumplieron previamente los criterios completos para la pica, los criterios no se cumplieron durante un período sostenido de tiempo.

Características diagnósticas

La característica esencial de la pica es la ingestión persistente de una o más sustancias no nutritivas y no alimenticias durante un período de al menos 1 mes (Criterio A) que es lo suficientemente grave como para merecer atención clínica. Típico

Las sustancias ingeridas tienden a variar con la edad y la disponibilidad y pueden incluir papel, jabón, tela, cabello, hilo, lana, tierra, tiza, talco, pintura, goma, metal, guijarros, carbón o carbón, ceniza, arcilla, almidón o hielo. El término ***no alimentario*** se incluye porque el diagnóstico de pica no se aplica a la ingestión de productos dietéticos que tienen un contenido nutricional mínimo. Por lo general, no hay aversión a la comida en general. El consumo de sustancias no nutritivas y no alimenticias debe ser inapropiado para el desarrollo (Criterio B) y no formar parte de una práctica culturalmente apoyada o socialmente normativa (Criterio C). Se sugiere una edad mínima de 2 años para un diagnóstico de pica para excluir que los bebés se lleven objetos a la boca con un desarrollo normal que resulte en la ingestión. El consumo de sustancias no nutritivas, no alimenticias, puede ser una característica asociada de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia).

Si la conducta alimentaria ocurre exclusivamente en el contexto de otro trastorno mental, se debe hacer un diagnóstico separado de pica solo si la conducta alimentaria es lo suficientemente grave como para justificar una atención clínica adicional (Criterio D).

Funciones asociadas

Aunque se han informado deficiencias en vitaminas o minerales (p. ej., zinc, hierro), a menudo no se encuentran anomalías biológicas específicas. En algunos casos, la pica llega a la atención clínica solo después de complicaciones médicas generales (p. ej., problemas intestinales mecánicos; obstrucción intestinal, como la que resulta de un bezoar; perforación intestinal; infecciones como toxoplasmosis y toxocariasis como resultado de la ingestión de heces o suciedad; envenenamiento, como por ingestión de pintura a base de plomo).

Predominio

Los datos limitados sugieren que la prevalencia de la pica es de aproximadamente el 5 % entre los niños en edad escolar. Aproximadamente un tercio de las mujeres embarazadas, especialmente aquellas con inseguridad alimentaria (es decir, sin acceso confiable a alimentos asequibles y nutritivos), practican la pica. Las condiciones asociadas con la pica incluyen la falta de alimentos disponibles y la deficiencia de vitaminas.

Desarrollo y Curso

El inicio de la pica puede ocurrir en la niñez, la adolescencia o la edad adulta, aunque el inicio en la niñez es más común. La pica puede ocurrir en niños con un desarrollo normal, mientras que en adultos parece más probable que ocurra en el contexto de un trastorno del desarrollo intelectual u otros trastornos mentales. El curso del trastorno puede prolongarse y dar lugar a emergencias médicas (p. ej., obstrucción intestinal, pérdida de peso aguda, intoxicación). El trastorno puede ser potencialmente fatal dependiendo de las sustancias ingeridas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La negligencia, la falta de supervisión y el retraso en el desarrollo pueden aumentar el riesgo de esta afección.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

En algunas poblaciones, se cree que el consumo de tierra u otras sustancias aparentemente no nutritivas tiene un valor espiritual, medicinal o social, o puede ser un apoyo cultural.

373

o práctica socialmente normativa. Tal comportamiento no justifica un diagnóstico de pica (Criterio C). El comportamiento de pica puede prevalecer en algunos grupos culturales, pero no debe asumirse como socialmente normativo sin una evaluación adicional.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

La pica ocurre en ambos sexos. El consumo de sustancias no nutritivas, no alimenticias, puede manifestarse en el embarazo, cuando pueden ocurrir antojos específicos (p. ej., tiza o hielo). El diagnóstico de pica durante el embarazo es apropiado solo si tales ansias conducen a la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimenticias en la medida en que el consumo de estas sustancias presente riesgos médicos potenciales. Un metanálisis mundial mostró que la tasa de prevalencia de la pica es del 28 % durante el embarazo y/o el puerperio.

Marcadores de diagnóstico

La radiografía de placa plana abdominal, la ecografía y otros métodos de exploración pueden revelar obstrucciones relacionadas con la pica. Se pueden usar análisis de sangre y otras pruebas de laboratorio para determinar los niveles de envenenamiento o la naturaleza de la infección.

Consecuencias funcionales de la pica

La pica puede afectar significativamente el funcionamiento físico, pero rara vez es la única causa del deterioro del funcionamiento social. La pica a menudo ocurre con otros trastornos asociados con el deterioro del funcionamiento social.

Diagnóstico diferencial

La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimenticias puede ocurrir durante el curso de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno del espectro autista, esquizofrenia) y en el síndrome de Kleine-Levin. En cualquiera de esos casos, se debe dar un diagnóstico adicional de pica solo si el comportamiento alimentario es lo suficientemente persistente y grave como para justificar una atención clínica adicional.

Anorexia nerviosa. Por lo general, la pica se puede distinguir de otros trastornos de la alimentación y la alimentación por el consumo de sustancias no nutritivas y no alimenticias. Sin embargo, es importante señalar que algunas presentaciones de la anorexia nerviosa incluyen la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimenticias, como pañuelos de papel, como un medio para intentar controlar el apetito. En tales casos, cuando el consumo de sustancias no nutritivas y no alimenticias se usa principalmente como medio para controlar el peso, la anorexia nerviosa debe ser el diagnóstico principal.

Trastorno facticio. Algunas personas con trastorno facticio pueden ingerir intencionalmente objetos extraños como parte del patrón de falsificación de síntomas físicos. En tales casos, hay un elemento de engaño que es consistente con la inducción deliberada de lesión o enfermedad.

Autolesiones no suicidas y conductas autolesivas no suicidas en los trastornos de la personalidad.

Algunas personas pueden tragarse artículos potencialmente dañinos (p. ej., alfileres, agujas, cuchillos) en el contexto de patrones de comportamiento desadaptativos asociados con trastornos de la personalidad o autolesiones no suicidas.

comorbilidad

Los trastornos más comúnmente comórbidos con la pica son el trastorno del espectro autista y el trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) y, en menor grado, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo. La pica puede estar asociada con la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (pincharse la piel). En presentaciones comórbidas, típicamente se ingiere el cabello o la piel. La pica también se puede asociar con un trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, particularmente en personas con un fuerte componente sensorial en su presentación. Cuando se sabe que un individuo tiene pica, la evaluación debe incluir la consideración de la posibilidad de complicaciones gastrointestinales, envenenamiento, infección y deficiencia nutricional.

374

Trastorno de rumiación

Criterios de diagnóstico

F98.21

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período de al menos 1 mes. La comida regurgitada se puede volver a masticar, tragarse o escupir.
- B. La regurgitación repetida no es atribuible a una afección médica gastrointestinal u otra asociada (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- C. El trastorno alimentario no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón o el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
- D. Si los síntomas ocurren en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: después de que se cumplieron previamente los criterios completos para el trastorno de rumiación, no se han cumplido los criterios para un trastorno de rumiación sostenido.

período de tiempo.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de alimentos que ocurre después de comer o comer durante un período de al menos 1 mes (Criterio A). Los alimentos tragados previamente que pueden digerirse parcialmente se llevan a la boca sin náuseas aparentes, arcadas involuntarias o disgusto. La comida se puede volver a masticar y luego expulsar de la boca o volver a tragar. La regurgitación en el trastorno de la rumiación debe ser frecuente y ocurrir al menos varias veces por semana, generalmente a diario. El comportamiento no se explica mejor por una afección gastrointestinal u otra médica asociada (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica) (Criterio B) y no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón o el trastorno por evitación/ trastorno por restricción de la ingesta de alimentos (Criterio C). Si los síntomas ocurren en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual]), deben ser lo suficientemente graves como para justificar atención clínica adicional (Criterio D) y deben representar un aspecto primario de la presentación del individuo que requiere intervención. El trastorno puede diagnosticarse a lo largo de la vida, particularmente en personas que también tienen un trastorno del desarrollo intelectual. El médico puede observar directamente a muchas personas con trastorno de rumiación participando en el comportamiento. En otros casos, el diagnóstico se puede realizar sobre la base de autoinforme o información corroborativa de los padres o cuidadores. Los individuos pueden describir el comportamiento como habitual o fuera de su control.

Funciones asociadas

Los bebés con trastorno de la rumiación muestran una posición característica de esfuerzo y arqueo de la espalda con la cabeza echada hacia atrás, haciendo movimientos de succión con la lengua. Pueden dar la impresión de estar satisfechos con la actividad. Pueden estar irritables y hambrientos entre episodios de regurgitación. La pérdida de peso y la imposibilidad de lograr los aumentos de peso esperados son características comunes en los bebés con trastorno de rumiación. La desnutrición puede ocurrir a pesar del hambre aparente del bebé y la ingestión de

cantidades relativamente grandes de comida, particularmente en casos severos, cuando la regurgitación sigue inmediatamente a cada episodio de alimentación y se expulsa la comida regurgitada. La desnutrición también puede ocurrir en niños mayores y adultos, particularmente cuando la regurgitación se acompaña de restricción de la ingesta. Los adolescentes y adultos pueden intentar disfrazar el comportamiento de regurgitación colocando una mano sobre la boca o tosiendo. Algunos evitarán comer con otros debido a la indeseabilidad social reconocida de la

375

comportamiento. Esto puede extenderse a evitar comer antes de situaciones sociales, como el trabajo o la escuela (p. ej., evitar el desayuno porque puede ser seguido por regurgitación).

Predominio

Aunque históricamente el trastorno de rumiación se describió principalmente entre personas con discapacidad intelectual, los datos europeos limitados disponibles sobre la prevalencia sugieren que el trastorno puede ocurrir en aproximadamente el 1%-2% de los niños en edad escolar.

Desarrollo y curso El inicio del

trastorno de rumiación puede ocurrir en la infancia, la niñez, la adolescencia o la edad adulta. La edad de inicio en los bebés suele ser entre los 3 y los 12 meses. En los lactantes, el trastorno a menudo remite de manera espontánea, pero su curso puede prolongarse y dar lugar a urgencias médicas (p. ej., desnutrición grave). Puede ser potencialmente fatal, particularmente en la infancia. El trastorno de rumiación puede tener un curso episódico u ocurrir continuamente hasta que se trate. En los lactantes, así como en las personas mayores con un trastorno del desarrollo intelectual u otros trastornos del neurodesarrollo, la conducta de regurgitación y rumiación parece tener una función autocalmante o autoestimuladora, similar a la de otras conductas motoras repetitivas, como golpearse la cabeza.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental.

Los problemas psicosociales como la falta de estimulación, el abandono, las situaciones estresantes de la vida y los problemas en la relación padre-hijo pueden ser factores predisponentes en bebés y niños pequeños.

Consecuencias funcionales del trastorno de rumiación La desnutrición

secundaria a la regurgitación repetida puede estar asociada con un retraso en el crecimiento y tener un efecto negativo en el desarrollo y el potencial de aprendizaje. Algunas personas mayores con trastorno de rumiación restringen deliberadamente su ingesta de alimentos debido a la indeseabilidad social de la regurgitación. Por lo tanto, pueden presentar pérdida de peso o bajo peso.

En niños mayores, adolescentes y adultos, es más probable que el funcionamiento social se vea afectado negativamente.

Diagnóstico diferencial

Condiciones gastrointestinales. Es importante diferenciar la regurgitación en el trastorno de rumiación de otras condiciones caracterizadas por reflujo gastroesofágico o vómitos, como gastroparesia, estenosis pilórica, hernia de hiato y síndrome de Sandifer en lactantes. Estas otras condiciones médicas generalmente se pueden descartar sobre la base de la historia y la observación clínica.

Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Las personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa también pueden sufrir regurgitación y, posteriormente, escupir la comida como forma de deshacerse de las calorías ingeridas debido a la preocupación por el aumento de peso.

Comorbilidad La

regurgitación con rumiación asociada puede ocurrir en el contexto de una condición médica concurrente u otro trastorno mental (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada). Cuando la regurgitación ocurre en este contexto, el diagnóstico de trastorno de la rumiación es apropiado solo cuando la gravedad del trastorno excede la que habitualmente se asocia con tales afecciones o trastornos y justifica una atención clínica adicional.

Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Criterios de diagnóstico

F50.82

- A. Una alteración de la alimentación o la alimentación (p. ej., aparente falta de interés en comer o en la comida; evitación basada en las características sensoriales de la comida; preocupación por las consecuencias aversivas de comer) asociada con uno (o más) de los siguientes:
1. Peso significativo Pérdida de peso (o incapacidad para lograr el aumento de peso esperado o retraso en el crecimiento en los niños).
 2. Deficiencia nutricional significativa.
 3. Dependencia de alimentación enteral o suplementos nutricionales orales.
 4. Marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial.
- B. La perturbación no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica culturalmente sancionada asociada.
- C. La alteración de la alimentación no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay evidencia de una alteración en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo.
- D. El trastorno alimentario no es atribuible a una condición médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando la alteración de la alimentación se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad de la alteración de la alimentación supera la asociada habitualmente con la afección o el trastorno y justifica una atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, los criterios no se cumplieron durante un período de tiempo sostenido.

Características diagnósticas

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos reemplaza y amplía el diagnóstico del DSM-IV de trastorno alimentario de la infancia o la primera infancia para incluir a niños mayores, adolescentes y adultos. La principal característica diagnóstica del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos es la evitación o restricción de la ingesta de alimentos que se asocia con una o más de las siguientes consecuencias: pérdida de peso significativa, deficiencia nutricional significativa (o impacto en la salud relacionado), dependencia de alimentación enteral u oral, suplementos nutricionales, o marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial (Criterio A).

En algunas personas, la evitación o restricción de alimentos se basa en las características sensoriales de las cualidades de los alimentos, como la sensibilidad extrema a la apariencia, el color, el olor, la textura, la temperatura o el sabor. Dicho comportamiento se ha descrito como "alimentación restrictiva", "alimentación selectiva", "alimentación selectiva", "alimentación perseverante", "rechazo crónico a los alimentos" y "neofobia alimentaria" y puede manifestarse como rechazo a comer determinadas marcas de alimentos o a tolerar el olor de la comida que comen los demás. Las personas con sensibilidades sensoriales elevadas asociadas con el autismo pueden mostrar comportamientos similares.

En otros individuos, la evitación o restricción de alimentos representa una respuesta negativa condicionada asociada con la ingesta de alimentos después de una experiencia aversiva, como la asfixia, o antes de ella; un procedimiento traumático, que generalmente involucra el tracto gastrointestinal (p. ej., esofagoscopia); o vómitos repetidos. Los términos **disfagia funcional** y **globo histérico** también se han utilizado para tales afecciones.

En otros individuos, la evitación o restricción de alimentos se manifiesta como un falta de interés en comer o comida.

La determinación de si la pérdida de peso es significativa (Criterio A1) es un juicio clínico; en lugar de perder peso, los niños y adolescentes que no han completado el crecimiento pueden no mantener los aumentos de peso o altura a lo largo de su trayectoria de desarrollo.

La determinación de deficiencia nutricional significativa (Criterio A2) también se basa en la evaluación clínica (p. ej., evaluación de la ingesta dietética,

y pruebas de laboratorio), y el impacto relacionado en la salud física puede ser de una gravedad similar a la observada en la anorexia nerviosa (p. ej., hipotermia, bradicardia, anemia). En casos severos, particularmente en bebés, la desnutrición puede poner en peligro la vida. “Dependencia” de la alimentación enteral o suplementos nutricionales orales (Criterio A3) significa que se requiere alimentación suplementaria para mantener una ingesta adecuada. Los ejemplos de personas que requieren alimentación suplementaria incluyen bebés con retraso en el crecimiento que requieren alimentación por sonda nasogástrica, niños con trastornos del desarrollo neurológico que dependen de suplementos nutricionalmente completos y personas que dependen de la alimentación por sonda de gastrostomía o suplementos nutricionales orales completos en ausencia de un problema médico subyacente. condición. La incapacidad para participar en actividades sociales normales, como comer con otros, asistir a la escuela o al trabajo, o mantener relaciones como resultado de la alteración, indicaría una marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial (Criterio A4). La interrupción sustancial del funcionamiento familiar (p. ej., marcada restricción de alimentos permitidos en el hogar, adaptaciones excesivas para proporcionar alimentos de supermercados o restaurantes específicos) también puede satisfacer el Criterio A4.

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos no incluye evitar o restringir la ingesta de alimentos relacionada con la falta de disponibilidad de alimentos (p. ej., inseguridad alimentaria) o prácticas culturales (p. ej., ayuno religioso o dieta normal) (Criterio B). La alteración no se explica mejor por una preocupación excesiva por el peso o la forma corporal (Criterio C) o por factores médicos o trastornos mentales concurrentes (Criterio D).

Funciones asociadas

Varias características pueden estar asociadas con la evitación de alimentos o la ingesta reducida de alimentos, y estas características pueden diferir entre edades. Los bebés muy pequeños pueden presentar rechazo de alimentos, arcadas o vómitos. Los bebés y los niños pequeños no pueden interactuar con un cuidador principal durante la alimentación ni comunicar el hambre a favor de otras actividades. En niños mayores y adolescentes, la evitación o restricción de alimentos puede estar asociada con dificultades emocionales más generalizadas que no cumplen con los criterios de diagnóstico para un trastorno de ansiedad, depresivo o bipolar, a veces llamado “trastorno emocional por evitación de alimentos”.

Predominio

Hay poca información disponible sobre la prevalencia del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Un estudio en Australia informó una frecuencia del 0,3% entre personas de 15 años o más.

Desarrollo y Curso

La evitación o restricción de alimentos asociada con la ingesta insuficiente o la falta de interés en comer se desarrolla más comúnmente en la infancia o la primera infancia y puede persistir en la edad adulta. Asimismo, la evitación basada en las características sensoriales de los alimentos tiende a surgir en la primera década de la vida, pero puede persistir hasta la edad adulta. La evitación relacionada con las consecuencias aversivas puede surgir a cualquier edad. La escasa literatura sobre los resultados a largo plazo sugiere que la evitación o restricción de alimentos basada en aspectos sensoriales es relativamente estable y duradera, pero cuando persiste en la edad adulta, dicha evitación/restricción puede asociarse con un funcionamiento relativamente normal.

Actualmente, no hay pruebas suficientes que vinculen directamente el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y la aparición posterior de un trastorno alimentario.

Los bebés con trastorno de la ingesta de alimentos por evitación/restricción pueden estar irritables y difíciles de consolar durante la alimentación, o pueden parecer apáticos y retraídos. En algunos casos, la interacción entre el cuidador y el niño puede contribuir al problema de alimentación del bebé (p. ej., presentar la comida de manera inapropiada o interpretar el comportamiento del bebé como un acto de agresión o rechazo).

La ingesta nutricional inadecuada puede exacerbar las características asociadas (p. ej., irritabilidad, retrasos en el desarrollo) y contribuir aún más a las dificultades de alimentación. Factores asociados

incluyen el temperamento infantil o las deficiencias del desarrollo que reducen la capacidad de respuesta del bebé a la alimentación. Se sugiere la coexistencia de psicopatología de los padres, o abuso o negligencia infantil, si la alimentación y el peso mejoran en respuesta al cambio de cuidadores. En lactantes, niños y adolescentes prepuberales, el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede estar asociado con un retraso en el crecimiento y la desnutrición resultante afecta negativamente el desarrollo y el potencial de aprendizaje. En niños mayores, adolescentes y

adultos, el funcionamiento social tiende a verse afectado negativamente. Independientemente de la edad, la función familiar puede verse afectada, con un mayor estrés a la hora de comer y en otros contextos de alimentación o comida que involucran a amigos y familiares.

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se manifiesta con mayor frecuencia en niños y adolescentes que en adultos, y puede haber un largo retraso entre el inicio y la presentación clínica. Los desencadenantes de la presentación varían considerablemente e incluyen dificultades físicas, sociales y emocionales.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los trastornos de ansiedad, el trastorno del espectro autista, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad pueden aumentar el riesgo de conductas alimentarias evitativas o restrictivas o alimentarias características del trastorno.

Ambiental. Los factores de riesgo ambientales para el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos incluyen la ansiedad familiar. Las tasas más altas de trastornos de la alimentación pueden ocurrir en niños de madres con trastornos de la alimentación.

Genético y fisiológico. Historia de afecciones gastrointestinales, enfermedad por reflujo gastroesofágico, vómitos y una variedad de otros problemas médicos se ha asociado con la alimentación y las conductas alimentarias características del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Las presentaciones similares al trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos ocurren en varias poblaciones, incluso en los Estados Unidos, Canadá, Australia, Europa, Japón y China. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos no debe diagnosticarse cuando la evitación de la ingesta de alimentos está relacionada únicamente con prácticas religiosas o culturales específicas.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos parece ser aproximadamente igualmente común en niños y niñas, pero el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos comórbido con el trastorno del espectro autista tiene un predominio masculino. La evitación o restricción de alimentos relacionada con sensibilidades sensoriales alteradas puede

Ocurre en algunas condiciones fisiológicas, sobre todo en el embarazo, pero por lo general no es extrema y no cumple todos los criterios para el trastorno.

Consecuencias funcionales de la alimentación por evitación/restricción Trastorno de ingesta

Las limitaciones funcionales y de desarrollo asociadas incluyen deterioro del desarrollo físico y dificultades sociales que pueden tener un impacto negativo significativo en la función familiar.

Diagnóstico diferencial La

restricción de la ingesta de alimentos es un síntoma inespecífico que puede acompañar a una serie de trastornos mentales y condiciones médicas y que también puede ser apropiado para el desarrollo. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se puede diagnosticar al mismo tiempo que los siguientes trastornos si se cumplen todos los criterios y el trastorno alimentario requiere atención clínica específica.

379

Otras condiciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal, alergias e intolerancias alimentarias, neoplasias malignas ocultas).

La restricción de la ingesta de alimentos puede ocurrir en otras condiciones médicas, especialmente aquellas con síntomas continuos como vómitos, pérdida de apetito, náuseas, dolor abdominal o diarrea. Un diagnóstico de trastorno de la ingesta de alimentos por evitación/restricción requiere que la alteración de la ingesta vaya más allá de lo directamente explicado por los síntomas físicos compatibles con una afección médica; el trastorno alimentario también puede persistir después de ser desencadenado por una afección médica y luego de la resolución de la afección médica.

Las condiciones mentales médicas o comórbidas subyacentes pueden complicar la alimentación y la alimentación. Debido a que las personas mayores, los pacientes posquirúrgicos y las personas que reciben quimioterapia a menudo pierden el apetito, un diagnóstico adicional de trastorno de la ingesta de alimentos por evitación/restricción requiere que la alteración de la alimentación sea el foco principal de la intervención.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido al síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo.

Los síntomas de inicio agudo, la edad de inicio tardía o los síntomas atípicos sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de obsesión.

trastorno compulsivo y relacionado debido al síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico (PANS). Los PANS se caracterizan por la aparición brusca y dramática de síntomas obsesivo-compulsivos o una ingesta de alimentos gravemente restringida, junto con una variedad de síntomas neuropsiquiátricos adicionales.

Trastornos y condiciones neurológicos/neuromusculares, estructurales o congénitos específicos asociados con dificultades de alimentación.

Las dificultades de alimentación son comunes en una serie de afecciones congénitas y neurológicas, a menudo relacionadas con problemas con la estructura y función oral/esofágica/faríngea, como hipotonía de la musculatura, protrusión de la lengua y deglución insegura. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se puede diagnosticar en personas con tales presentaciones siempre que se cumplan todos los criterios de diagnóstico.

Trastorno reactivo de la vinculación. Certo grado de alejamiento de los cuidadores es característico del trastorno reactivo del apego y puede provocar una perturbación en la relación cuidador-niño que puede afectar la alimentación y la ingesta del niño. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe diagnosticarse al mismo tiempo solo si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y la alteración de la alimentación es el foco principal de la intervención.

Desorden del espectro autista. Las personas con trastorno del espectro autista a menudo presentan conductas alimentarias rígidas y sensibilidades sensoriales elevadas. Sin embargo, estas características no siempre dan como resultado el nivel de deterioro que se requeriría para un diagnóstico de trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe diagnosticarse simultáneamente solo si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y cuando el trastorno alimentario requiere un tratamiento específico.

Fobia específica, trastorno de ansiedad social y otros trastornos de ansiedad. Específico la fobia, de otro tipo, incluye como ejemplo “situaciones que pueden provocar atragantamiento o vómitos” y puede representar el desencadenante principal del miedo, la ansiedad o la evitación necesarios para el diagnóstico. Distinguir la fobia específica del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede ser difícil cuando el miedo a atragantarse o vomitar ha resultado en la evitación de alimentos. Aunque la evitación o restricción de la ingesta de alimentos secundaria a un miedo pronunciado a atragantarse o vomitar puede conceptualizarse como fobia específica, en situaciones en las que el problema alimentario se convierte en el foco principal de atención clínica, el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se convierte en el diagnóstico apropiado.

En el trastorno de ansiedad social, el individuo puede presentar miedo de ser observado por otros mientras come, lo que también puede ocurrir en el trastorno de ingesta de alimentos por evitación/restricción.

Anorexia nerviosa. La restricción de la ingesta de energía en relación con los requisitos que conducen a un peso corporal significativamente bajo es una característica central de la anorexia nerviosa. Sin embargo, las personas con anorexia nerviosa también muestran miedo a aumentar de peso o a engordar, o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, así como alteraciones específicas en

380

relación con la percepción y la experiencia de su propio peso y forma corporal.

Estas características no están presentes en el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, y los dos trastornos no deben diagnosticarse al mismo tiempo. El diagnóstico diferencial entre el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y la anorexia nerviosa puede ser difícil, especialmente al final de la infancia y principios de la adolescencia, porque estos trastornos pueden compartir varios síntomas comunes (p. ej., evitación de alimentos, bajo peso). El diagnóstico diferencial también es potencialmente difícil en personas con anorexia nerviosa que niegan tener miedo a la gordura pero, sin embargo, se involucran en comportamientos persistentes que impiden el aumento de peso y que no reconocen la gravedad médica de su bajo peso, una presentación que a veces se denomina "anorexia fóbica no grasa". nervioso." Se recomienda una consideración completa de los síntomas, el curso y los antecedentes familiares, y el diagnóstico puede realizarse mejor en el contexto de una relación clínica a lo largo del tiempo. En algunas personas, el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede preceder al inicio de la anorexia nerviosa.

Desorden obsesivo compulsivo. Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo pueden presentar evitación o restricción de la ingesta en relación con las preocupaciones por la comida o la conducta alimentaria ritualizada. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe diagnosticarse simultáneamente solo si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y cuando la alimentación aberrante es un aspecto importante de la presentación clínica que requiere una intervención específica.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el apetito puede verse afectado hasta tal punto que los individuos presentan una ingesta de alimentos significativamente restringida, generalmente en relación con la ingesta total de energía y, a menudo,

asociado con la pérdida de peso. Por lo general, la pérdida de apetito y la reducción relacionada de la ingesta disminuyen con la resolución de los problemas del estado de ánimo. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos solo debe usarse simultáneamente si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y cuando el trastorno alimentario requiere un tratamiento específico.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia Las personas con esquizofrenia, trastorno delirante u otros trastornos psicóticos pueden exhibir conductas alimentarias extrañas, evitación de alimentos específicos debido a creencias delirantes u otras manifestaciones de ingesta evitativa o restrictiva. En algunos casos, las creencias delirantes pueden contribuir a la preocupación por las consecuencias negativas de ingerir ciertos alimentos. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe usarse simultáneamente solo si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y cuando el trastorno alimentario requiere un tratamiento específico.

Trastorno facticio o trastorno facticio impuesto a otro.

El trastorno por evitación/

restricción de la ingesta de alimentos debe diferenciarse del trastorno facticio o del trastorno facticio impuesto a otro. Para asumir el papel de enfermo, algunas personas con trastorno facticio pueden describir intencionalmente dietas mucho más restrictivas que las que realmente pueden consumir, así como complicaciones de tal comportamiento, como la necesidad de alimentación enteral o suplementos nutricionales, una incapacidad para tolerar una variedad normal de alimentos y/o una incapacidad para participar normalmente en situaciones apropiadas para la edad que involucren alimentos. La presentación puede ser impresionantemente dramática y atractiva, y los síntomas informados de manera inconsistente. En el trastorno facticio impuesto a otra persona, el cuidador describe síntomas consistentes con el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y puede inducir síntomas físicos como la falta de aumento de peso. Al igual que con cualquier diagnóstico de trastorno facticio impuesto a otra persona, el cuidador recibe el diagnóstico en lugar de la persona afectada, y el diagnóstico debe realizarse solo sobre la base de una evaluación cuidadosa e integral de la persona afectada, el cuidador y su interacción.

Comportamiento normal desde el punto de vista del desarrollo Durante el desarrollo normal, algunos niños pequeños y

niños reducen transitoriamente la variedad de alimentos que están dispuestos a comer.

Este fenómeno, a veces denominado "comida selectiva", generalmente se resuelve espontáneamente sin intervención. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos no incluye dichas conductas normales del desarrollo, a menos que se vuelvan lo suficientemente graves como para conducir al incumplimiento de los requisitos apropiados.

necesidades nutricionales o producir un deterioro significativo en el funcionamiento (Criterio A).

381

Comorbilidad Los

trastornos comórbidos observados con mayor frecuencia con el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos son los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del neurodesarrollo (específicamente, el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y el trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual]).

Anorexia nerviosa

Criterios de diagnóstico

- A. Restricción de la ingesta de energía en relación con los requisitos, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la salud física. ***El peso significativamente bajo*** se define como un peso inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a aumentar de peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, aunque sea con un peso significativamente bajo.
- C. Perturbación en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo, influencia indebida del peso o la forma del cuerpo en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende del subtipo (ver más abajo).

Especifique si:

F50.01 Tipo restrictivo: durante los últimos 3 meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se logra principalmente mediante dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.

F50.02 Tipo atracones/purgas: durante los últimos 3 meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas).

Especifique

si: **En remisión parcial:** Despues de que se cumplieron previamente los criterios completos de anorexia nerviosa, el Criterio A (bajo peso corporal) no se cumplió durante un período sostenido, pero el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o engordar o comportamiento que interfiere con aumento de peso) o el Criterio C (trastornos en la autopercepción del peso y la forma) todavía se cumple.

En remisión completa: despues de que se cumplieron previamente todos los criterios para la anorexia nerviosa, ninguno de los criterios se cumplió durante un período sostenido de tiempo.

Especifique la gravedad

actual: el nivel mínimo de gravedad se basa, para adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (ver a continuación) o, para niños y adolescentes, en el percentil de IMC. Los rangos a continuación se derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se deben utilizar los percentiles de IMC correspondientes. El nivel de gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC \geq 17 kg/m².

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m².

Grave: IMC 15–15,99 kg/m².

Extremo: IMC < 15 kg/m².

Subtipos La

mayoría de las personas con el tipo de anorexia nerviosa con atracones/purgas que comen en exceso también se purgan mediante el vómito autoinducido o el uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas. Algunas personas con este subtipo de anorexia nerviosa no comen en exceso, pero se purgan regularmente después de consumir pequeñas cantidades de alimentos.

El cruce entre los subtipos durante el curso del trastorno no es infrecuente; por lo tanto, la descripción del subtipo debe usarse para describir los síntomas actuales en lugar del curso longitudinal.

Características diagnósticas

Hay tres características esenciales de la anorexia nerviosa: restricción persistente de la ingesta de energía; miedo intenso a aumentar de peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso; y una alteración en el peso o la forma autopercibidos. El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo de un nivel mínimo normal para la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la salud física (Criterio A). Los pesos corporales de las personas con frecuencia cumplen con este criterio después de una pérdida de peso significativa, pero entre los niños y adolescentes, alternativamente, puede haber fallas en lograr el aumento de peso esperado o mantener una trayectoria de desarrollo normal (es decir, mientras crece en altura) en lugar de perder peso.

El criterio A requiere que el peso del individuo sea significativamente bajo (es decir, menos del mínimo normal o, para niños y adolescentes, menos del mínimo esperado). La evaluación del peso puede ser un desafío porque el rango de peso normal difiere entre los individuos y se han publicado diferentes umbrales que definen la delgadez o el estado de bajo peso. El índice de masa corporal (IMC; calculado como peso en kilogramos/altura en metros²) es una medida útil para evaluar el peso corporal para la altura. Para los adultos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han empleado un IMC de 18,5 kg/m² como el límite inferior del peso corporal normal. Por lo tanto, la mayoría de los adultos con un IMC superior o

igual a 18,5 kg/m² no se consideraría que tiene un peso corporal significativamente bajo. Por otro lado, un IMC inferior a 17,0 kg/m² ha sido considerado por la OMS como indicador de delgadez moderada o severa; por lo tanto, se consideraría que un individuo con un IMC inferior a 17,0 kg/m² tiene un peso significativamente bajo. Se puede considerar que un adulto con un IMC entre 17,0 y 18,5 kg/m², o incluso ligeramente superior (~~18,5 kg/m²~~) a este punto de referencia, tiene un peso corporal significativamente bajo. A los adultos que no tienen un peso inferior al normal según los estándares basados en la población, por ejemplo, adultos con un IMC de 19,0 kg/m² o más, no se les debe asignar un diagnóstico de anorexia nerviosa; se puede considerar un diagnóstico de otro trastorno alimentario o alimentario específico (anorexia nerviosa atípica) para tales individuos.

Para niños y adolescentes, es útil determinar un percentil de IMC para la edad (consulte, por ejemplo, la calculadora de percentiles de IMC de los CDC para niños y adolescentes; <https://www.cdc.gov/healthyweight/bmi/calculator.html>). En cuanto a los adultos, no es posible proporcionar estándares definitivos para juzgar si el peso de un niño o un adolescente es significativamente bajo, y las variaciones en las trayectorias de desarrollo entre los jóvenes limitan la utilidad de pautas numéricas simples. El CDC ha utilizado un IMC para la edad por debajo del percentil 5 como sugerencia de bajo peso; Se puede considerar que los niños y adolescentes con un IMC superior a este punto de referencia tienen un peso significativamente inferior al normal si no logran mantener la trayectoria de crecimiento esperada. Sin embargo, a aquellas personas cuyo IMC sigue siendo superior a la mediana del IMC para la edad no se les debe asignar un diagnóstico de anorexia nerviosa; se puede considerar un diagnóstico de otro trastorno alimentario o alimentario específico (anorexia nerviosa atípica) para tales individuos.

Las personas con este trastorno suelen mostrar un miedo intenso a aumentar de peso o engordar (Criterio B). Este miedo intenso a engordar generalmente no se alivia con la pérdida de peso. De hecho, la preocupación por el aumento de peso puede aumentar incluso cuando el peso desciende. Las personas más jóvenes con anorexia nerviosa, así como algunos adultos, pueden no reconocer o

reconocer el miedo al aumento de peso. En ausencia de otra explicación para el peso significativamente bajo, la inferencia clínica extraída de la historia colateral, los datos de observación, los hallazgos físicos y de laboratorio, o el curso longitudinal, ya sea que indique un miedo al aumento de peso o respalte los comportamientos persistentes que lo impiden, puede usarse para establecer el Criterio B.

La experiencia y el significado del peso y la forma del cuerpo están distorsionados en estos individuos (Criterio C). Algunas personas se sienten globalmente con sobrepeso. Otros se dan cuenta de que son delgados, pero aún les preocupa que ciertas partes del cuerpo, en particular el abdomen, las nalgas y los muslos, estén "demasiado gordas". Pueden emplear una variedad de técnicas para evaluar el tamaño o el peso de su cuerpo, incluido el pesaje frecuente, la medición obsesiva de las partes del cuerpo y el uso persistente de un espejo para verificar las áreas percibidas de "grasa". La autoestima de las personas con anorexia nerviosa depende en gran medida de sus percepciones de la forma y el peso del cuerpo. A menudo, la pérdida de peso se considera un logro impresionante y un signo de extraordinaria autodisciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como una falla inaceptable del autocontrol. Aunque algunas personas con este trastorno pueden reconocer que son delgadas, a menudo no reconocen las graves implicaciones médicas de su estado de desnutrición.

A menudo, los miembros de la familia llevan al individuo a la atención profesional después de que se ha producido una pérdida de peso marcada (o no ha logrado los aumentos de peso esperados). Si las personas buscan ayuda por su cuenta, generalmente se debe a la angustia por las secuelas somáticas y psicológicas del hambre. Es raro que una persona con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso por sí sola. De hecho, las personas con anorexia nerviosa con frecuencia no conocen el problema o lo niegan. Por lo tanto, a menudo es importante obtener información de familiares u otras fuentes para evaluar el historial de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Funciones asociadas

La semiinanición de la anorexia nerviosa, y los comportamientos de purga que a veces se asocian con ella, pueden dar lugar a condiciones médicas significativas y potencialmente mortales. El compromiso nutricional asociado con este trastorno afecta a la mayoría de los sistemas de órganos principales y puede producir una variedad de trastornos. Alteraciones fisiológicas, incluyendo amenorrea y vital

anormalidades de los signos, son comunes. Si bien la mayoría de los trastornos fisiológicos asociados con la desnutrición son reversibles con la rehabilitación nutricional, algunos, incluida la pérdida de densidad mineral ósea, a menudo no son completamente reversibles. Comportamientos como el vómito autoinducido y el uso indebido de laxantes, diuréticos y enemas pueden causar una serie de trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales; sin embargo, algunas personas con anorexia nerviosa no presentan anomalías de laboratorio.

Cuando tienen un peso gravemente bajo, muchas personas con anorexia nerviosa tienen signos y síntomas depresivos, como estado de ánimo deprimido, retramiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo. Debido a que estas características también se observan en personas sin anorexia nerviosa que están significativamente desnutridas, muchas de las características depresivas pueden ser secundarias a las secuelas fisiológicas de la inanición parcial, aunque también pueden ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor.

Las características obsesivo-compulsivas, tanto relacionadas como no relacionadas con la comida, suelen ser prominentes. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están preocupadas con pensamientos sobre la comida. Algunos coleccionan recetas o atesoran comida. Las observaciones de comportamientos asociados con otras formas de inanición sugieren que las obsesiones y compulsiones relacionadas con la comida pueden verse exacerbadas por la desnutrición. Cuando las personas con anorexia nerviosa muestran obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con la comida, la forma del cuerpo o el peso, puede justificarse un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Otras características a veces asociadas con la anorexia nerviosa incluyen preocupaciones sobre comer en público, sentimientos de ineeficacia, un fuerte deseo de controlar el entorno, pensamiento inflexible, espontaneidad social limitada y expresión emocional demasiado restringida.

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, aquellos con atracones/purgas tienen tasas más altas de impulsividad y es más probable que abusen del alcohol y otras drogas.

Algunas personas con anorexia nerviosa muestran niveles excesivos de actividad física. Los aumentos en la actividad física a menudo preceden al inicio de la

trastorno, y en el transcurso del trastorno el aumento de la actividad acelera la pérdida de peso. Durante el tratamiento, la actividad excesiva puede ser difícil de controlar, poniendo en peligro la recuperación de peso.

Las personas con anorexia nerviosa pueden abusar de los medicamentos, por ejemplo, manipulando la dosis, para lograr la pérdida de peso o evitar el aumento de peso. Las personas con diabetes mellitus pueden omitir o reducir las dosis de insulina para minimizar la utilización de carbohidratos.

Predominio

Según dos estudios epidemiológicos estadounidenses realizados en muestras comunitarias, la prevalencia de 12 meses de la anorexia nerviosa oscila entre 0,0 % y 0,05 %, con tasas mucho más altas en mujeres que en hombres (0 % a 0,08 % en mujeres; 0 % a 0,01 % en mujeres). hombres), y la prevalencia a lo largo de la vida varía de 0,60% a 0,80% (0,9% a 1,42% en mujeres; 0,12% a 0,3% en hombres). Por el contrario, un estudio de adolescentes encontró tasas similares en ambos sexos.

La anorexia nerviosa parece ser más prevalente en países posindustrializados de altos ingresos, como Estados Unidos, muchos países europeos, Australia, Nueva Zelanda y Japón. Aunque la prevalencia de la anorexia nerviosa es incierta en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, parece estar aumentando en muchos países del Sur Global, incluso en Asia y Medio Oriente. La anorexia nerviosa ocurre en todos los grupos etnoraciales de EE. UU.; sin embargo, su prevalencia parece ser menor entre los afroamericanos latinos y no latinos que entre los blancos no latinos.

Desarrollo y curso La anorexia

nerviosa comúnmente comienza durante la adolescencia o la adultez temprana. Raramente comienza antes de la pubertad o después de los 40 años, pero se han descrito casos tanto de inicio temprano como tardío. El inicio de este trastorno a menudo se asocia con un evento estresante de la vida, como salir de casa para ir a la universidad. El curso y el resultado de la anorexia nerviosa son muy variables. Las personas más jóvenes pueden manifestar características atípicas, incluida la negación del "miedo a la Es más probable que las personas mayores tengan una enfermedad de mayor duración y su presentación clínica puede incluir más signos y síntomas de un trastorno de larga data. Los médicos no deben excluir la anorexia nerviosa del diagnóstico diferencial únicamente sobre la base de la edad avanzada.

Muchas personas tienen un período de cambios en el comportamiento alimentario antes de que se cumplan todos los criterios para el trastorno. Algunas personas con anorexia nerviosa se recuperan por completo después de un solo episodio, algunas exhiben un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otras experimentan un curso crónico durante muchos años. Es posible que se requiera hospitalización para recuperar el peso y tratar las complicaciones médicas. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa experimentan una remisión dentro de los 5 años posteriores a la hospitalización. Entre las personas admitidas en hospitales, las tasas generales de remisión pueden ser más bajas. La tasa bruta de mortalidad por anorexia nerviosa es de aproximadamente 5% por década. La muerte suele ser el resultado de complicaciones médicas asociadas con el trastorno en sí o del suicidio.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Las personas que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia tienen un mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.

Ambiental. La variabilidad histórica y transcultural en la prevalencia de la anorexia nerviosa respalda su asociación con culturas y entornos en los que se valora la delgadez. Las ocupaciones y pasatiempos que fomentan la delgadez, como el modelaje y el atletismo de élite, también se asocian con un mayor riesgo.

385

Genético y fisiológico. Existe un mayor riesgo de anorexia nerviosa y de otros trastornos alimentarios y psiquiátricos entre los familiares biológicos de personas con anorexia nerviosa. Los estudios de asociación del genoma completo han comenzado a identificar loci de riesgo específicos, incluidos loci asociados con otros trastornos psiquiátricos y con características metabólicas como la resistencia a la insulina y el perfil de lípidos. Se ha descrito una variedad de anomalías cerebrales, muchas de las cuales sugieren un procesamiento anormal de la recompensa, en la anorexia nerviosa utilizando tecnologías de imágenes funcionales como la resonancia magnética funcional y la tomografía por emisión de positrones. No está claro hasta qué punto estos hallazgos reflejan cambios asociados con la desnutrición frente a anomalías primarias asociadas con el trastorno.

Problemas de diagnóstico relacionados con

la cultura La anorexia nerviosa ocurre en poblaciones cultural y socialmente diversas, aunque la evidencia disponible sugiere una variación transcultural en su ocurrencia y presentación. La presentación de las preocupaciones sobre el peso entre las personas con trastornos alimentarios y alimentarios varía sustancialmente según los contextos culturales. La ausencia de un miedo intenso expresado al aumento de peso, a veces denominado "fobia a las grasas", parece ser relativamente más común en las poblaciones de Asia, donde la justificación de la restricción dietética se relaciona comúnmente con una queja más sancionada culturalmente, como molestias gastrointestinales. . La utilización de los servicios de salud mental en los Estados Unidos entre las personas con un trastorno alimentario es significativamente menor entre los grupos étnicos y racializados desatendidos.

Marcadores de diagnóstico

Las siguientes anomalías de laboratorio pueden observarse en la anorexia nerviosa; su presencia puede servir para aumentar la confianza diagnóstica.

Hematología. La leucopenia es común, con pérdida de todos los tipos de células, pero por lo general con linfocitosis aparente. Puede ocurrir anemia leve, así como trombocitopenia y, en raras ocasiones, problemas de sangrado.

Química sérica. La deshidratación puede reflejarse en un nivel elevado de nitrógeno ureico en sangre. La hipercolesterolemia es común. Los niveles de enzimas hepáticas pueden estar elevados. Ocasionalmente se observan hipomagnesemia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. El vómito autoinducido puede provocar alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), hipocloremia e hipopotasemia; el abuso de laxantes puede causar una acidosis metabólica leve.

Endocrino. Los niveles séricos de tiroxina (T4) suelen estar en el rango bajo-normal; los niveles de triyodotironina (T3) están disminuidos, mientras que los niveles de T3 inversa están elevados. Las mujeres tienen niveles bajos de estrógeno sérico, mientras que los hombres tienen niveles bajos de testosterona sérica.

Electrocardiografía. La bradicardia sinusal es común y, en raras ocasiones, se observan arritmias. En algunos individuos se observa una prolongación significativa del intervalo QTc.

La masa ósea.

A menudo se observa una densidad mineral ósea baja, con áreas específicas de osteopenia u osteoporosis. El riesgo de fractura es significativamente elevado.

Electroencefalografía. Las anomalías difusas, que reflejan una encefalopatía metabólica, pueden deberse a alteraciones significativas de líquidos y electrolitos.

Gasto energético en reposo. A menudo hay una reducción significativa en reposo Gasto de energía.

Signos y síntomas físicos. Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición. La amenorrea está comúnmente presente y parece ser un indicador de disfunción fisiológica. Si está presente, la amenorrea suele ser una consecuencia de la pérdida de peso, pero en una minoría de personas en realidad puede preceder a la pérdida de peso. En mujeres prepúberes, la menarquia puede retrasarse. Además de la amenorrea, puede haber quejas de estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargo y exceso de energía.

386

El hallazgo más notable en el examen físico es la emaciación. Comúnmente, también hay hipotensión significativa, hipotermia y bradicardia. Algunas personas desarrollan lanugo, un vello corporal fino y suave.

Algunos desarrollan edema periférico, especialmente durante la restauración del peso o al cesar el abuso de laxantes y diuréticos. En raras ocasiones, las petequias o equimosis, generalmente en las extremidades, pueden indicar una diátesis hemorrágica. Algunas personas evidencian una coloración amarillenta de la piel asociada con la hipercarotenemia. Como se puede observar en personas con bulimia nerviosa, las personas con anorexia nerviosa que se autoprovocan el vómito pueden tener hipertrofia de las glándulas salivales, particularmente las glándulas parótidas, así como erosión del esmalte dental. Algunas personas pueden tener cicatrices o callos en la superficie dorsal de la mano debido al contacto repetido con los dientes al inducir el vómito.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El riesgo de suicidio es elevado en la anorexia nerviosa, con tasas informadas que son 18 veces mayores que en un grupo de comparación emparejado por edad y género. A

revisión sistemática encontró que el suicidio es la segunda causa principal de muerte en la anorexia nerviosa. Otra revisión encontró que entre un cuarto y un tercio de las personas con anorexia nerviosa tienen ideación suicida, y aproximadamente entre el 9% y el 25% de las personas con anorexia nerviosa han intentado suicidarse.

Los posibles contribuyentes al mayor riesgo de suicidio en personas con trastornos alimentarios incluyen una mayor exposición al abuso sexual; deterioro de la toma de decisiones; altas tasas de autolesiones no suicidas, un factor de riesgo conocido para los intentos de suicidio; y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo.

Consecuencias funcionales de la anorexia nerviosa Las personas con anorexia nerviosa pueden presentar una variedad de limitaciones funcionales asociadas con el trastorno. Mientras que algunas personas permanecen activas en el funcionamiento social y profesional, otras demuestran un aislamiento social significativo y/o no logran alcanzar su potencial académico o profesional.

Diagnóstico diferencial Además

de la consideración general del diagnóstico diferencial para todos los casos, es especialmente importante considerar otras posibles causas de peso corporal significativamente bajo o pérdida de peso significativa cuando las características de presentación son atípicas (p. ej., aparición después de los 40 años).

Afecciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, neoplasias malignas ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]).

La pérdida de peso grave puede ocurrir en condiciones médicas, pero las personas con estos trastornos generalmente no manifiestan una alteración en la forma en que experimentan el peso o la forma de su cuerpo o un miedo intenso al aumento de peso o persisten en comportamientos que interfieren con el aumento de peso adecuado. La pérdida de peso aguda asociada con una afección médica en ocasiones puede ser seguida por el inicio o la recurrencia de la anorexia nerviosa, que inicialmente puede estar enmascarada por la afección médica comórbida. En raras ocasiones, la anorexia nerviosa se desarrolla después de la cirugía bariátrica.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, puede ocurrir una pérdida de peso severa, pero la mayoría de las personas con trastorno depresivo mayor no tienen el deseo de una pérdida de peso excesiva ni un miedo intenso a aumentar de peso.

Esquizofrenia.

Las personas con esquizofrenia pueden exhibir un comportamiento alimentario extraño y ocasionalmente experimentar una pérdida de peso significativa, pero rara vez muestran el miedo a aumentar de peso y la alteración de la imagen corporal necesaria para un diagnóstico de anorexia nerviosa.

Trastornos por uso de sustancias. Las personas con trastornos por uso de sustancias pueden experimentar bajo peso debido a una ingesta nutricional deficiente, pero generalmente no temen aumentar de peso y no manifiestan una alteración de la imagen corporal.

Las personas que abusan de sustancias que reducen el apetito (p. ej., cocaína, estimulantes) y que también tienen miedo a aumentar de peso deben ser evaluadas cuidadosamente por la posibilidad de anorexia nerviosa comórbida, dado que el consumo de sustancias puede representar un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso (Criterio B).

387

Trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal.

Algunas de las características de la anorexia nerviosa se superponen con los criterios del trastorno de ansiedad social, el TOC y el trastorno dismórfico corporal.

Específicamente, las personas pueden sentirse humilladas o avergonzadas de ser vistas comiendo en público, como en el trastorno de ansiedad social; puede exhibir obsesiones y compulsiones relacionadas con la comida, como en el TOC; o puede estar preocupado por un defecto imaginario en la apariencia corporal, como en el trastorno dismórfico corporal. Si el individuo con anorexia nerviosa tiene temores sociales que se limitan únicamente a la conducta alimentaria, no se debe realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad social, pero los temores sociales no relacionados con la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a hablar en público) pueden justificar un diagnóstico adicional del trastorno de ansiedad social. De manera similar, se debe considerar un diagnóstico adicional de TOC solo si el individuo exhibe obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida (p. ej., un miedo excesivo a la contaminación), y se debe considerar un diagnóstico adicional de trastorno dismórfico corporal solo si la distorsión no está relacionada con el cuerpo. forma y tamaño (p. ej., preocupación de que la nariz sea demasiado grande)

Bulimia nerviosa. Las personas con bulimia nerviosa muestran episodios recurrentes de atracones, se comportan de manera inapropiada para evitar el aumento de peso (p. ej., vómitos autoinducidos) y están demasiado preocupados por la forma y el peso del cuerpo. Sin embargo, a diferencia de las personas con anorexia nerviosa, los atracones

tipo de alimentación/purga, las personas con bulimia nerviosa mantienen el peso corporal en un nivel mínimamente normal o por encima de él.

Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos Las personas con este trastorno pueden exhibir una pérdida de peso significativa o una deficiencia nutricional significativa, pero no tienen miedo de aumentar de peso o engordar, ni tienen una alteración en la forma en que experimentan la forma y el peso de su cuerpo.

Comorbilidad Los

trastornos bipolares, depresivos y de ansiedad suelen coexistir con la anorexia nerviosa. Muchas personas con anorexia nerviosa informan la presencia de un trastorno de ansiedad o síntomas de ansiedad antes del inicio de su trastorno alimentario. El TOC se describe en algunos individuos con anorexia nerviosa, especialmente en aquellos con el tipo restrictivo. El trastorno por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias también pueden tener comorbilidad con la anorexia nerviosa, especialmente entre aquellos con atracones/purgas.

Bulimia nerviosa

Criterios de diagnóstico

F50.2

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracones se caracteriza por lo siguiente: 1. Comer, en un período de tiempo discreto (p. ej., dentro de cualquier período de 2 horas), una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas comerían en un período de tiempo determinado. período de tiempo similar en circunstancias similares.
2. Una sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio (p. ej., una sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso, como vómitos autoinducidos; mal uso de

laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno; o ejercicio excesivo.

- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.
- D. La autoevaluación está indebidamente influenciada por la forma del cuerpo y peso.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de la anorexia nerviosa.

388

Especifique

si: **En remisión parcial:** después de que se cumplieron previamente todos los criterios para la bulimia nerviosa, se cumplieron algunos, pero no todos, los criterios durante un período sostenido de tiempo.

En remisión completa: después de que se cumplieron previamente todos los criterios de bulimia nerviosa, ninguno de los criterios se cumplió durante un período de tiempo sostenido.

***Especifique* la gravedad**

actual: el nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia de conductas compensatorias inapropiadas (ver más abajo). El nivel de gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: un promedio de 1 a 3 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Moderado: un promedio de 4 a 7 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Grave: un promedio de 8 a 13 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Extremo: Un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Características de diagnóstico

Hay tres características esenciales de la bulimia nerviosa: episodios recurrentes de atracones (Criterio A), conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso (Criterio B) y autoevaluación indebidamente influenciada por la forma corporal y el peso (Criterio D). Para calificar para el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben ocurrir, en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses (Criterio C).

Un "episodio de atracones" se define como comer, en un período de tiempo discreto, una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar en circunstancias similares (Criterio A1). El contexto en el que ocurre la ingesta puede afectar la estimación del médico sobre si la ingesta es excesiva. Por ejemplo, una cantidad de alimentos que podría considerarse excesiva para una comida típica podría considerarse normal durante una celebración o comida festiva. Un "período de tiempo discreto" se refiere a un período limitado, generalmente menos de 2 horas. Un único episodio de atracones no tiene por qué estar restringido a un entorno. Por ejemplo, un individuo puede comenzar un atracón en un restaurante y luego continuar comiendo al regresar a casa. El picoteo continuo de pequeñas cantidades de comida a lo largo del día no se consideraría un atracón.

Una aparición de consumo excesivo de alimentos debe ir acompañada de una sensación de falta de control (Criterio A2) para ser considerado un episodio de atracones. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad de abstenerse de comer o de dejar de comer una vez que ha comenzado. Algunas personas describen una cualidad disociativa durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control asociado con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, una persona puede seguir comiendo compulsivamente mientras suena el teléfono, pero dejará de hacerlo si un compañero de habitación o cónyuge entra inesperadamente en la habitación. Algunas personas informan que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por un patrón más generalizado de alimentación descontrolada. Si las personas informan que han abandonado los esfuerzos por controlar su alimentación, se debe considerar que existe una pérdida de control. Los atracones también se pueden planificar en algunos casos.

El tipo de alimentos consumidos durante los atracones varía tanto entre los individuos como para un individuo determinado. Los atracones parecen estar caracterizados más por una anormalidad en la cantidad de alimentos consumidos que por un antojo de un nutriente específico. Sin embargo, durante los atracones, las personas tienden a comer alimentos que de otro modo evitarían.

Las personas con bulimia nerviosa normalmente se avergüenzan de sus problemas de alimentación e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen ocurrir en secreto o de la forma más discreta posible. El atracón a menudo continúa hasta que el individuo está incómodamente lleno, o incluso dolorosamente. El antecedente más común de los atracones es el afecto negativo.

389

Otros factores desencadenantes incluyen factores estresantes interpersonales; restricción dietética; sentimientos negativos relacionados con el peso corporal, la forma del cuerpo y la comida; y aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero la autoevaluación negativa y la disforia a menudo son las consecuencias tardías.

Otra característica esencial de la bulimia nerviosa es el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso (Criterio B).

Muchas personas con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones. El vómito autoinducido, un tipo de comportamiento de purga, es el comportamiento compensatorio inapropiado más común. Los efectos inmediatos de los vómitos incluyen el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a aumentar de peso. En algunos casos, el vómito se convierte en un objetivo en sí mismo, y el individuo comerá en exceso para vomitar o vomitará después de comer una pequeña cantidad de comida. Las personas con bulimia nerviosa pueden usar una variedad de métodos para inducir el vómito, incluido el uso de dedos o instrumentos para estimular el reflejo nauseoso. Las personas generalmente se vuelven expertas en inducir el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad.

En raras ocasiones, las personas consumen jarabe de ipecacuana para inducir el vómito. Otros comportamientos de purga incluyen el uso indebido de laxantes y diuréticos y, en casos raros, el uso indebido de enemas después de episodios de atracones, aunque este rara vez es el único método compensatorio empleado. En casos raros, también se pueden usar varios métodos compensatorios distintos de la purga.

Algunas personas pueden tomar hormona tiroidea en un intento por evitar el aumento de peso. Las personas con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden omitir o reducir las dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos consumidos durante los atracones.

Las personas con bulimia nerviosa pueden ayunar durante un día o más o hacer ejercicio en exceso en un intento por evitar el aumento de peso. El ejercicio puede considerarse excesivo cuando interfiere significativamente con importantes

actividades, cuando ocurre en momentos inapropiados o en entornos inapropiados, o cuando el individuo continúa ejercitándose a pesar de una lesión u otras complicaciones médicas.

Las personas con bulimia nerviosa ponen un énfasis excesivo en la forma o el peso del cuerpo en su autoevaluación, y estos factores suelen ser extremadamente importantes para determinar la autoestima (Criterio D). Las personas con este trastorno pueden parecerse mucho a las que tienen anorexia nerviosa en su miedo a aumentar de peso, en su deseo de perder peso y en el nivel de insatisfacción con sus cuerpos. Sin embargo, no se debe dar un diagnóstico de bulimia nerviosa cuando la alteración ocurre solo durante episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Funciones asociadas

Las personas con bulimia nerviosa generalmente se encuentran dentro del rango de peso normal o sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] ≥ 18.5 y < 30 en adultos). El trastorno ocurre pero es poco común entre las personas obesas. Entre los atracones, las personas con bulimia nerviosa suelen restringir su consumo calórico total y prefieren elegir alimentos bajos en calorías ("dietéticos") mientras evitan los alimentos que perciben como engordantes o que probablemente desencadenen un atracón.

La irregularidad menstrual o amenorrea a menudo ocurre entre mujeres con bulimia nerviosa; no está claro si tales alteraciones están relacionadas con fluctuaciones de peso, deficiencias nutricionales o angustia emocional. Las alteraciones de líquidos y electrolitos resultantes del comportamiento de purga son a veces lo suficientemente graves como para constituir problemas médica mente graves. Las complicaciones raras pero potencialmente fatales incluyen desgarros esofágicos, ruptura gástrica y arritmias cardíacas. Se han informado miopatías cardíacas y esqueléticas graves entre individuos después del uso repetido de jarabe de ipecacuana para inducir el vómito. Las personas que abusan crónicamente de los laxantes pueden volverse dependientes de su uso para estimular las deposiciones. Los síntomas gastrointestinales se asocian comúnmente con la bulimia nerviosa, y también se ha informado prolапso rectal entre personas con este trastorno.

Predominio

Según dos estudios epidemiológicos estadounidenses realizados en muestras comunitarias de adultos, la prevalencia de 12 meses de bulimia nerviosa oscila entre el 0,14 % y el 0,3 %, con una prevalencia mucho mayor

390

tasas en mujeres que en hombres (0,22% a 0,5% en mujeres; 0,05% a 0,1% en hombres), y la prevalencia de por vida varía de 0,28% a 1,0% (0,46% a 1,5% en mujeres; 0,05% a 0,08% en hombres). En un estudio de adolescentes de 13 a 18 años, las tasas de prevalencia a lo largo de la vida fueron de 1,3 % y 0,5 % en niñas y niños, respectivamente.

En los Estados Unidos, la prevalencia de la bulimia nerviosa es similar entre los grupos etnoraciales estadounidenses. La prevalencia informada de bulimia nerviosa es más alta en poblaciones que residen en países industrializados de altos ingresos, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y muchos países europeos; en la mayoría de estos países, la prevalencia de la bulimia nerviosa es aproximadamente comparable.

La prevalencia de la bulimia nerviosa en algunas regiones de América Latina y Medio Oriente es similar a la prevalencia en la mayoría de los países de ingresos altos. La prevalencia de la bulimia nerviosa parece estar aumentando gradualmente en muchos países de ingresos bajos y medianos.

Desarrollo y curso La bulimia nerviosa

comúnmente comienza en la adolescencia o en la adultez temprana. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es poco común. Los atracones suelen comenzar durante o después de un episodio de dieta para perder peso. Experimentar múltiples eventos estresantes de la vida también puede precipitar la aparición de la bulimia nerviosa.

La conducta alimentaria alterada persiste durante al menos varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que alternan con recurrencias de atracones.

Sin embargo, durante el seguimiento a más largo plazo, los síntomas de muchas personas parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta claramente el resultado. Los períodos de remisión de más de 1 año se asocian con mejores resultados a largo plazo.

Se ha informado un riesgo significativamente elevado de mortalidad (todas las causas y suicidio) para las personas con bulimia nerviosa. La tasa bruta de mortalidad (relación entre el número de muertes durante el año y la población promedio en ese año) por bulimia nerviosa es de casi el 2% por década.

El cruce diagnóstico de bulimia nerviosa inicial a anorexia nerviosa ocurre en una minoría de casos (10% a 15%). Las personas que experimentan un cruce a la anorexia nerviosa comúnmente volverán a la bulimia nerviosa o tendrán múltiples ocurrencias de cruces entre estos trastornos. Un subgrupo de personas con bulimia nerviosa continúan con los atracones de comida pero ya no se involucran en conductas compensatorias inapropiadas y, por lo tanto, sus síntomas cumplen los criterios para el trastorno por atracones u otro trastorno alimentario específico. El diagnóstico debe basarse en la presentación clínica actual (es decir, en los últimos 3 meses).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Las preocupaciones sobre el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada infantil se asocian con un mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

Ambiental. Se ha descubierto que la internalización de un ideal de cuerpo delgado aumenta el riesgo de desarrollar problemas de peso, lo que a su vez aumenta el riesgo de desarrollar bulimia nerviosa. Las personas que sufrieron abusos sexuales o físicos en la infancia tienen un mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

Genético y fisiológico. La obesidad infantil y la maduración puberal temprana aumentan el riesgo de bulimia nerviosa. Puede haber transmisión familiar de bulimia nerviosa, así como vulnerabilidades genéticas para el trastorno.

Modificadores de curso. La gravedad de la comorbilidad psiquiátrica predice peores a largo resultado a largo plazo de la bulimia nerviosa.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Aunque los datos muestran que la prevalencia de la bulimia nerviosa en la comunidad no difiere significativamente entre los grupos etnoraciales de EE. UU., el tratamiento

la utilización para la bulimia nerviosa es menor entre los grupos étnicos y racializados desatendidos de EE. UU. que entre la población blanca no latina.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

La bulimia nerviosa es mucho más común en niñas y mujeres que en niños y hombres. Los niños y los hombres están especialmente subrepresentados en las muestras de búsqueda de tratamiento, por razones que aún no se han examinado sistemáticamente.

Marcadores de diagnóstico

Actualmente no existe ninguna prueba de diagnóstico específica para la bulimia nerviosa. Sin embargo, pueden ocurrir varias anomalías de laboratorio como consecuencia de la purga y pueden aumentar la certeza diagnóstica. Estos incluyen anomalías de líquidos y electrolitos, como hipopotasemia (que puede provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. La pérdida de ácido gástrico a través del vómito puede producir una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y la inducción frecuente de diarrea o deshidratación por el abuso de laxantes y diuréticos puede causar acidosis metabólica. Algunas personas con bulimia nerviosa muestran niveles ligeramente elevados de amilasa sérica, lo que probablemente refleja un aumento de la isoenzima salival.

El examen físico generalmente no arroja hallazgos físicos. Sin embargo, la inspección de la boca puede revelar una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de las superficies lingüales de los dientes frontales debido a los vómitos recurrentes. Estos dientes pueden astillarse y parecer irregulares y “comidos por polillas”. También puede haber una mayor frecuencia de caries dental. En algunos individuos, las glándulas salivales, particularmente las glándulas parótidas, pueden agrandarse notablemente. Las personas que inducen el vómito estimulando manualmente el reflejo nauseoso pueden desarrollar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano debido al contacto repetido con los dientes. Se han informado miopatías cardíacas y esqueléticas graves entre individuos después del uso repetido de jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

El riesgo de suicidio es elevado en la bulimia nerviosa. Una revisión encontró que aproximadamente entre un cuarto y un tercio de las personas con bulimia nerviosa han tenido ideas suicidas y una proporción similar ha intentado suicidarse.

Consecuencias funcionales de la bulimia nerviosa Las personas

con bulimia nerviosa pueden exhibir una variedad de limitaciones funcionales asociadas con el trastorno y tener una calidad de vida relacionada con la salud reducida. Una minoría de personas reporta un grave deterioro de roles, siendo el dominio de la vida social el que tiene más probabilidades de verse afectado negativamente por la bulimia nerviosa.

Diagnóstico diferencial

Anorexia nerviosa, tipo atracones/purgas.

A las personas cuya conducta de atracones de comida ocurre solo durante episodios de anorexia nerviosa se les da el diagnóstico de anorexia nerviosa, del tipo de atracones/purgas, y no se les debe dar el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. Para las personas con un diagnóstico inicial de anorexia nerviosa que se dan atracones y purgas, pero cuya presentación ya no cumple todos los criterios de anorexia nerviosa, tipo atracones/purgas (p. ej., cuando el peso es normal), se debe dar un diagnóstico de bulimia nerviosa sólo cuando todos los criterios para la bulimia nerviosa se han cumplido durante al menos 3 meses.

392

Trastorno por atracón. Algunas personas comen en exceso pero no se involucran en conductas compensatorias inapropiadas regulares. En estos casos, se debe considerar el diagnóstico de trastorno por atracón.

Síndrome de Kleine-Levin. En ciertas condiciones médicas neurológicas o de otro tipo, como el síndrome de Kleine-Levin, hay un comportamiento alimentario alterado, pero no están presentes los rasgos psicológicos característicos de la bulimia nerviosa, como la preocupación excesiva por la forma y el peso del cuerpo.

Trastorno depresivo mayor, con características atípicas. Comer en exceso es común en el trastorno depresivo mayor, con características atípicas, pero las personas con este trastorno no se involucran en conductas compensatorias inapropiadas y no muestran la preocupación excesiva por la forma del cuerpo y el peso característicos de

bulimia nerviosa. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se deben dar ambos diagnósticos.

Trastorno límite de la personalidad La conducta de atracones se incluye en el criterio de conducta impulsiva que forma parte de la definición de trastorno límite de la personalidad. Si se cumplen los criterios tanto para el trastorno límite de la personalidad como para la bulimia nerviosa, se deben dar ambos diagnósticos.

Comorbilidad La

comorbilidad con trastornos mentales es común en individuos con bulimia nerviosa, la mayoría experimenta al menos otro trastorno mental y muchos experimentan múltiples comorbilidades. La comorbilidad no se limita a ningún subconjunto en particular, sino que ocurre en una amplia gama de trastornos mentales. Hay una mayor frecuencia de síntomas depresivos (p. ej., baja autoestima) y trastornos bipolares y depresivos (particularmente trastornos depresivos) en personas con bulimia nerviosa. En muchas personas, la alteración del estado de ánimo comienza al mismo tiempo o después del desarrollo de la bulimia nerviosa, y las personas a menudo atribuyen sus alteraciones del estado de ánimo a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en algunos individuos, la alteración del estado de ánimo precede claramente al desarrollo de la bulimia nerviosa.

También puede haber una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) o trastornos de ansiedad. Estos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad suelen remitir tras un tratamiento eficaz de la bulimia nerviosa. La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno por consumo de sustancias, en particular el trastorno por consumo de alcohol o el trastorno por consumo de estimulantes, es de al menos el 30 % entre las personas con bulimia nerviosa. El uso de estimulantes a menudo comienza en un intento de controlar el apetito y el peso. Un porcentaje sustancial de personas con bulimia nerviosa también tienen rasgos de personalidad que cumplen los criterios de uno o más trastornos de la personalidad, con mayor frecuencia el trastorno límite de la personalidad.

Trastorno por atracones

Criterios de diagnóstico

F50.81

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracones se caracteriza por las siguientes dos cosas: 1. Comer, en un período de tiempo discreto (p. ej., dentro de cualquier período de 2 horas), una cantidad de comida que es definitivamente mayor que la que la mayoría de la gente comería en un período de tiempo determinado. período de tiempo similar en circunstancias similares.
2. Una sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio (p. ej., una sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B. Los episodios de atracones están asociados con tres (o más) de lo siguiente: 1.
- Comer mucho más rápido de lo normal.
2. Comer hasta sentirse incómodamente lleno.

393

3. Comer grandes cantidades de comida cuando no se siente físicamente hambriento.
4. Comer solo por sentir vergüenza de cómo mucho que uno está comiendo.
5. Sentirse disgustado con uno mismo, deprimido o muy culpable después.
- C. Existe una marcada angustia relacionada con los atracones.
- D. Los atracones ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.
- E. Los atracones de comida no están asociados con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa y no ocurren exclusivamente durante el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones ocurren en un

frecuencia promedio de menos de un episodio por semana durante un período sostenido de tiempo.

En remisión completa: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por atracón, ninguno de los criterios se cumplió durante un período sostenido de tiempo.

Especifique la gravedad

actual: el nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (ver más abajo). El nivel de gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1 a 3 episodios de atracones por semana.

Moderado: 4-7 episodios de atracones por semana.

Grave: 8 a 13 episodios de atracones por semana.

Extremo: 14 o más episodios de atracones por semana.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por atracón son los episodios recurrentes de atracones que deben ocurrir, en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses (Criterio D). Un "episodio de atracones" se define como comer, en un período de tiempo discreto, una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar en circunstancias similares (Criterio A1). El contexto en el que ocurre la ingesta puede afectar la estimación del médico sobre si la ingesta es excesiva. Por ejemplo, una cantidad de alimentos que podría considerarse excesiva para una comida típica podría considerarse normal durante una celebración o comida festiva. Un "período de tiempo discreto" se refiere a un período limitado, generalmente menos de 2 horas. Un único episodio de atracones no tiene por qué estar restringido a un entorno.

Por ejemplo, un individuo puede comenzar un atracón en un restaurante y luego continuar comiendo al regresar a casa. El picoteo continuo de pequeñas cantidades de comida a lo largo del día no se consideraría un atracón.

Una aparición de consumo excesivo de alimentos debe ir acompañada de una sensación de falta de control (Criterio A2) para ser considerado un episodio de atracones. Un indicador de pérdida de control es la incapacidad de abstenerse de

comer o dejar de comer una vez comenzado. Algunas personas describen una cualidad disociativa durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control asociado con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, una persona puede seguir comiendo compulsivamente mientras suena el teléfono, pero dejará de hacerlo si un compañero de habitación o cónyuge entra inesperadamente en la habitación. Algunas personas informan que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por un patrón más generalizado de alimentación descontrolada. Si las personas informan que han abandonado los esfuerzos por controlar su alimentación, aún se puede considerar que la pérdida de control está presente. Los atracones también se pueden planificar en algunos casos.

El tipo de alimentos consumidos durante los atracones varía tanto entre los individuos como para un individuo determinado. Los atracones parecen estar caracterizados más por una anormalidad en la cantidad de alimentos consumidos que por un antojo de un nutriente específico.

394

Los atracones deben estar caracterizados por una marcada angustia (Criterio C) y al menos tres de las siguientes características: comer mucho más rápido de lo normal; comer hasta sentirse incómodamente lleno; comer grandes cantidades de comida cuando no se siente físicamente hambriento; comer solo por sentirse avergonzado por lo mucho que está comiendo; y sentirse disgustado consigo mismo, deprimido o muy culpable después (Criterio B).

Las personas con trastorno por atracón suelen avergonzarse de sus problemas de alimentación e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen ocurrir en secreto o de la forma más discreta posible. El antecedente más común de los atracones es el afecto negativo. Otros factores desencadenantes incluyen factores estresantes interpersonales; restricción dietética; sentimientos negativos relacionados con el peso corporal, la forma del cuerpo y la comida; y aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero la autoevaluación negativa y la disforia a menudo son los retrasos.

Consecuencias.

Funciones asociadas

El trastorno por atracón ocurre en individuos con peso normal/sobrepeso y obesos. Se asocia de forma fiable con el sobrepeso y la obesidad en personas que buscan tratamiento. Sin embargo, el trastorno por atracón es distinto de la obesidad. La mayoría de las personas obesas no cometan atracones recurrentes. Además, en comparación con los individuos obesos del mismo peso sin trastorno por atracón, aquellos con el trastorno consumen más calorías en estudios de laboratorio sobre conducta alimentaria y tienen un mayor deterioro funcional, menor calidad de vida, más angustia subjetiva y mayor comorbilidad psiquiátrica.

Predominio

Según dos estudios epidemiológicos estadounidenses realizados en muestras comunitarias, la prevalencia de 12 meses del trastorno por atracón oscila entre el 0,44 % y el 1,2 %, con tasas de dos a tres veces más altas en mujeres que en hombres (0,6 % a 1,6 % en mujeres; 0,26% a 0,8% en hombres), y la prevalencia de por vida varía de 0,85% a 2,8% (1,25% a 3,5% en mujeres; 0,42% a 2,0% en hombres).

En los Estados Unidos, la prevalencia del trastorno por atracón parece comparables entre grupos etnoraciales.

El trastorno por atracón tiene una prevalencia más o menos similar en la mayoría de los países industrializados de ingresos altos, incluidos Estados Unidos, Canadá, muchos países europeos, Australia y Nueva Zelanda, con una prevalencia de 12 meses en países de ingresos altos que oscila entre el 0,1 % y el 1,2 %. Aunque hay menos datos disponibles de poblaciones en países de ingresos bajos y medianos, la prevalencia del trastorno por atracón en algunas regiones de América Latina parece ser al menos tan alta como en los Estados Unidos y Europa. Los mexicoamericanos en los Estados Unidos tienen una mayor prevalencia del trastorno por atracón que sus contrapartes en México.

Desarrollo y curso

Poco se sabe

sobre el desarrollo del trastorno por atracón. Tanto los atracones como la pérdida de control de la alimentación sin un consumo excesivo objetivamente ocurren en los niños y se asocian con un aumento de la grasa corporal, un aumento de peso y un aumento de los síntomas psicológicos. Los atracones son comunes en muestras de adolescentes y universitarios. Alimentación episódica o pérdida de control

Los atracones pueden representar una fase prodrómica de los trastornos alimentarios para algunas personas.

La dieta sigue el desarrollo de atracones en muchas personas con trastorno por atracón. (Esto contrasta con la bulimia nerviosa, en la que una dieta disfuncional suele preceder al inicio de los atracones). El trastorno por atracón suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana, pero puede comenzar en la edad adulta tardía. Las personas con trastorno por atracón que buscan tratamiento suelen ser mayores que las personas con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa que buscan tratamiento.

395

Las tasas de remisión tanto en el curso natural como en los estudios de resultados del tratamiento son más altas para el trastorno por atracón que para la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa. El curso del trastorno por atracón es variable y aún no se comprende por completo, y al menos algunos individuos afectados muestran una trayectoria de síntomas relativamente persistente, a veces recurrente y remitente, comparable a la de la bulimia nerviosa en términos de gravedad y duración.

El cruce del trastorno por atracón a otros trastornos alimentarios es poco común.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. El trastorno por atracón parece darse en familias, que pueden reflejar influencias genéticas aditivas.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Las presentaciones clínicas del trastorno por atracón difieren entre los grupos etnoraciales en los Estados Unidos. Las personas negras pueden informar menos síntomas de angustia asociados con los atracones y presentarse para el tratamiento con una mayor frecuencia de atracones en comparación con las personas blancas.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Se ha informado que la ideación suicida ocurre en aproximadamente el 25% de las personas con trastorno por atracón.

Consecuencias funcionales del trastorno por atracón

El trastorno por atracón está asociado con una variedad de consecuencias funcionales, que incluyen problemas de ajuste del rol social, deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción con la vida, aumento de la morbilidad y mortalidad médicas y una mayor utilización de la atención médica asociada en comparación con índice de masa corporal (IMC)-sujetos de control emparejados.

También puede estar asociado con un mayor riesgo de aumento de peso y el desarrollo de obesidad.

Diagnóstico diferencial

Bulimia nerviosa. El trastorno por atracón tiene en común los atracones recurrentes con la bulimia nerviosa, pero difiere de este último trastorno en algunos aspectos fundamentales. En cuanto a la presentación clínica, la conducta compensatoria inapropiada recurrente (p. ej., purgas, ejercicio forzado) que se observa en la bulimia nerviosa está ausente en el trastorno por atracón. A diferencia de las personas con bulimia nerviosa, las personas con trastorno por atracón típicamente no muestran una restricción dietética marcada o sostenida diseñada para influir en el peso corporal y la forma entre los episodios de atracón. Sin embargo, pueden informar frecuentes intentos de hacer dieta. El trastorno por atracón también difiere de la bulimia nerviosa en términos de respuesta al tratamiento. Las tasas de mejora son consistentemente más altas entre los individuos con trastorno por atracón que entre aquellos con bulimia nerviosa.

Obesidad. El trastorno por atracón está asociado con el sobrepeso y la obesidad, pero tiene varias características clave que son distintas de la obesidad. En primer lugar, los niveles de sobrevaloración del peso corporal y la figura son mayores en los individuos obesos con el trastorno que en los que no lo padecen. En segundo lugar, las tasas de comorbilidad psiquiátrica son significativamente más altas entre los individuos obesos con el trastorno en comparación con los que no lo padecen. En tercer lugar, el resultado de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia para el trastorno por atracón suele ser más exitoso que el tratamiento de la obesidad en personas con obesidad y trastorno por atracón comórbidos.

Trastornos bipolares y depresivos. Los aumentos en el apetito y el aumento de peso se incluyen en los criterios para el episodio depresivo mayor y en los especificadores de características atípicas para

trastornos depresivos y bipolares. El aumento de la alimentación en el contexto de un episodio depresivo mayor puede o no estar asociado con la pérdida de control. Si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos, se pueden dar ambos diagnósticos. Los atracones y otros síntomas de trastornos alimentarios se observan en asociación con el trastorno bipolar. Si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos, se deben dar ambos diagnósticos.

Trastorno límite de la personalidad Los atracones se incluyen en el criterio de conducta impulsiva que forma parte de la definición de trastorno límite de la personalidad. Si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos, se deben dar ambos diagnósticos.

Comorbilidad El

trastorno por atracón se asocia con una comorbilidad psiquiátrica significativa que es comparable a la de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Los trastornos comórbidos más frecuentes son el trastorno depresivo mayor y el trastorno por consumo de alcohol. La comorbilidad psiquiátrica está ligada a la gravedad de los atracones y no al grado de obesidad.

Otro trastorno alimentario o alimentario especificado

F50.89

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la alimentación y la alimentación que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la alimentación y la alimentación. Clase diagnóstica de trastornos alimentarios. La categoría de otro trastorno de la alimentación o de la alimentación especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para ningún trastorno de la alimentación y de la alimentación específico. Esto se hace registrando "otros".

alimentación o trastorno alimentario" seguido del motivo específico (p. ej., "bulimia nerviosa de baja frecuencia").

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar usando la designación "otro especificado" incluyen lo siguiente:

1. **Anorexia nerviosa atípica:** se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que a pesar de la pérdida de peso significativa, el peso del individuo está dentro o por encima del normal. rango.

Las personas con anorexia nerviosa atípica pueden experimentar muchas de las complicaciones fisiológicas asociadas con la anorexia nerviosa.

2. **Bulimia nerviosa (de baja frecuencia y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, menos de una vez por semana y/o por menos de 3 meses.
3. **Trastorno por atracón (de baja frecuencia y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracón, excepto que el atracón ocurre, en promedio, menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses.
4. **Trastorno de purga:** Comportamiento de purga recurrente para influir en el peso o la forma (p. ej., vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
5. **Síndrome de comer de noche:** Episodios recurrentes de comer de noche, manifestados por comer después de despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de la cena. Hay conciencia y recuerdo del comer. Las comidas nocturnas no se explican mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño y vigilia del individuo o por normas sociales locales. Comer por la noche causa una angustia significativa y/o un deterioro en el funcionamiento. El patrón desordenado de alimentación no se explica mejor por un trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el uso de sustancias, y no es atribuible a otra afección médica o al efecto de la medicación.

397

Trastorno alimentario o de la alimentación no especificado**F50.9**

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la alimentación y la alimentación que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la alimentación y la alimentación. Clase diagnóstica de trastornos alimentarios. La categoría de trastorno de la alimentación o de la alimentación no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno de la alimentación y de la alimentación específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (ej., en entornos de salas de emergencia).

398

Trastornos de Eliminación

Todos los **trastornos de eliminación** implican la eliminación inadecuada de orina o heces y, por lo general, se diagnostican por primera vez en la niñez o la adolescencia. Este grupo de trastornos incluye la **enuresis**, la micción repetida en lugares inapropiados, y la **encopresis**, el paso repetido de heces en lugares inapropiados. Se proporcionan subtipos para diferenciar la micción nocturna de la diurna (es decir, durante las horas de vigilia) para la enuresis y la presencia o ausencia de estreñimiento e incontinencia por rebosamiento para la encopresis. Aunque existen requisitos de edad mínima para el diagnóstico de ambos trastornos, estos se basan en la edad de desarrollo y no únicamente en la edad cronológica. Ambos trastornos pueden ser voluntarios o involuntarios. Aunque estos trastornos suelen ocurrir por separado, también se puede observar la coexistencia.

Enuresis

Criterios de diagnóstico

F98.0

- A. Evacuación repetida de orina en la cama o la ropa, ya sea involuntaria o intencional.
- B. El comportamiento es clínicamente significativo según se manifiesta ya sea por una frecuencia de al menos dos veces por semana durante al menos 3 meses consecutivos o la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (ocupacional) u otras áreas importantes de funcionamiento.
- C. La edad cronológica es de al menos 5 años (o equivalente nivel de desarrollo).

D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un medicamento antipsicótico) u otra condición médica (p. ej., diabetes, espina bífida, un trastorno convulsivo).

Especifique si:

Solo nocturno: Paso de orina solo durante el sueño nocturno.

Solo diurno: paso de orina durante las horas de vigilia.

Nocturnos y diurnos: Una combinación de los dos subtipos anteriores.

Subtipos El

subtipo de enuresis solo nocturna, a veces denominado ***enuresis monosintomática***, es el subtipo más común e implica incontinencia solo durante el sueño nocturno, generalmente durante el primer tercio de la noche. El subtipo solo diurno ocurre en ausencia de enuresis nocturna y puede denominarse simplemente ***incontinencia urinaria***. Las personas con este subtipo se pueden dividir en dos grupos. Las personas con "incontinencia de urgencia" tienen síntomas de urgencia repentinos e inestabilidad del detrusor, mientras que las personas con "aplazamiento de la micción" aplazan conscientemente las urgencias miccionales hasta que se produce la incontinencia. El subtipo nocturno y diurno también se conoce como ***enuresis no monosintomática***.

400

Características

diagnósticas La característica esencial de la enuresis es la micción repetida durante el día o la noche en la cama o en la ropa (Criterio A). La mayoría de las veces, la micción es involuntaria, pero en ocasiones puede ser intencional. Para calificar para un diagnóstico de enuresis, la micción debe ocurrir al menos dos veces por semana durante al menos 3 meses consecutivos o debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). El individuo debe tener

llegado a una edad en la que se espera la continencia (es decir, una edad cronológica de al menos 5 años o, para niños con retrasos en el desarrollo, una edad mental de al menos 5 años) (Criterio C). La incontinencia urinaria no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un medicamento antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, uréter ectópico en una mujer, válvulas uretrales posteriores en un hombre, cordón anclado , un trastorno convulsivo) (Criterio D).

Funciones asociadas

Durante la enuresis nocturna, ocasionalmente la micción tiene lugar durante el sueño de movimientos oculares rápidos (REM), y el niño puede recordar un sueño que involucró el acto de orinar. Durante la enuresis diurna (diurna), el niño retrasa la micción hasta que se presenta la incontinencia, a veces debido a la renuencia a usar el baño como resultado de la ansiedad social o la preocupación por la escuela o la actividad de juego. Los eventos enuréticos ocurren más comúnmente en las primeras horas de la tarde en los días escolares o después de regresar de la escuela. Los niños con problemas de funcionamiento ejecutivo y otros problemas neurológicos que pueden estar asociados con síntomas de comportamiento disruptivo pueden tener un alto riesgo de incontinencia urinaria sin conciencia sensorial. No es raro que los niños con incontinencia urinaria diurna y el subtipo de enuresis nocturna y diurna tengan incontinencia persistente después del tratamiento apropiado de una infección asociada.

Predominio

La prevalencia de la incontinencia diurna varía del 3,2 % al 9,0 % en niños de 7 años, del 1,1 % al 4,2 % en jóvenes de 11 a 13 años y del 1,2 % al 3,0 % en adolescentes de 15 a 17 años.

La prevalencia de enuresis nocturna en la comunidad disminuye con la edad; en varios entornos geográficos, incluidos los Estados Unidos, los Países Bajos y Hong Kong, el rango es de alrededor del 5 % al 10 % entre los niños de 5 años, del 3 % al 5 % entre los niños de 10 años y alrededor del 1 % entre los individuos 15 años o más. Los niños y los miembros de grupos socialmente oprimidos pueden tener una mayor prevalencia, como se encuentra en los niños afroamericanos en los Estados Unidos y en los niños turcos o marroquíes en los Países Bajos. El desorden

también puede tener una mayor prevalencia en jóvenes con problemas de aprendizaje o trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Desarrollo y curso La enuresis puede

seguir dos cursos: un tipo "primario", en el que el individuo nunca ha establecido la continencia urinaria, y un tipo "secundario", en el que la alteración se desarrolla después de un período de continencia urinaria establecida.

No hay diferencias en la prevalencia de trastornos mentales comórbidos entre los dos tipos. Por definición, la enuresis primaria comienza a los 5 años. El momento más común para el inicio de la enuresis secundaria es entre los 5 y los 8 años, pero puede ocurrir en cualquier momento. Después de los 5 años de edad, la tasa de remisión espontánea es de 5 a 10% por año. La mayoría de los niños con el trastorno se vuelven continentes en la adolescencia, pero en aproximadamente el 1% de los casos, el trastorno continúa hasta la edad adulta. La enuresis diurna es poco común después de los 9 años. Si bien la incontinencia diurna ocasional no es infrecuente en la infancia media, es sustancialmente más común en aquellos que también tienen otros problemas de salud mental concurrentes, incluidos los problemas cognitivos y conductuales. Cuando la enuresis persiste hasta la niñez tardía o la adolescencia, la incontinencia puede resolverse, pero la polaquiuria generalmente persiste y la incontinencia puede reaparecer más tarde en la edad adulta en las mujeres.

401

Factores de riesgo y pronóstico Se han

sugerido varios factores predisponentes para la disfunción de la vejiga, incluidos retrasos en el desarrollo y problemas neuropsiquiátricos.

Ambiental. Los factores reconocidos como asociados con la disfunción de la vejiga incluyen el retraso en el uso del baño y el estrés psicosocial.

Genético y fisiológico. La enuresis nocturna se ha asociado con un desajuste entre la producción nocturna de orina, la capacidad de almacenamiento nocturno de la vejiga y la capacidad de despertarse del sueño. Detrás de estos mecanismos se encuentran posiblemente trastornos del procesamiento de señales del sistema nervioso central y la red de modo predeterminado. Sin embargo, el aumento de los umbrales de excitación no significa que estos niños duerman bien; de hecho, la calidad del sueño de los enuréticos

los niños es a menudo pobre. La enuresis nocturna es un trastorno genéticamente heterogéneo. La heredabilidad se ha demostrado en análisis familiares, de gemelos y de segregación. El riesgo de enuresis nocturna infantil es aproximadamente 3,6 veces mayor en los hijos de madres enuréticas y 10,1 veces mayor en presencia de incontinencia urinaria paterna. Las magnitudes de riesgo para la enuresis nocturna y la incontinencia diurna son similares.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura La enuresis se ha informado en una variedad de países europeos, africanos y asiáticos, así como en los Estados Unidos. A nivel nacional, las tasas de prevalencia son notablemente similares y existe una gran similitud en las trayectorias de desarrollo encontradas en diferentes países. Sin embargo, las encuestas escolares locales muestran una amplia variación en la prevalencia de la enuresis nocturna en entornos de África, el sur de Asia, Europa y el Caribe (4 %–50 %), al menos en parte debido a la variación metodológica. Las tasas muy altas de enuresis en los orfanatos y otras instituciones residenciales no se explican por el modo o el momento temprano del entrenamiento para ir al baño.

Los contextos culturales afectan tanto el diagnóstico como la etiología percibida de la enuresis. Por ejemplo, la medicina tradicional china atribuye la enuresis a la deficiencia prolongada de yang (energía masculina) renal. Se ha informado un mayor impacto en los padres de la enuresis infantil en sociedades con limitaciones económicas para obtener atención para el niño o en el contexto de políticas sociales que restringen el número de niños (p. ej., la política de un solo hijo de China), lo que posiblemente conduce a un mayor riesgo de trastornos emocionales de los padres.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

La enuresis nocturna es más común en hombres que en mujeres (casi 2:1). Esta preponderancia masculina es particularmente cierta en grupos de edad más jóvenes, casos con gravedad más leve y casos que involucran enuresis que ocurre solo por la noche. Las infecciones del tracto urinario se asocian con frecuencia con la enuresis diurna, especialmente en las mujeres. La incontinencia diurna es más frecuente en mujeres que en hombres y la proporción aumenta con la edad. El riesgo relativo de tener un hijo que desarrolle enuresis es mayor para los padres previamente enuréticos que para las madres previamente enuréticas.

Consecuencias funcionales de la enuresis La

cantidad de deterioro asociado con la enuresis está en función de la limitación de las actividades sociales del niño (p. ej., inhabilitación para dormir fuera del campamento) o su efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social de sus compañeros, y la ira, el castigo y el rechazo por parte de los cuidadores.

Diagnóstico diferencial

Vejiga neurogénica u otra condición médica. El diagnóstico de enuresis no se realiza en presencia de una vejiga neurógena o cualquier otra afección estructural (como una válvula uretral posterior o un uréter ectópico) u otra afección médica que cause poliuria o

402

urgencia (p. ej., diabetes mellitus o diabetes insípida no tratada) o durante una infección aguda del tracto urinario. Sin embargo, un diagnóstico es compatible con tales condiciones médicas si la incontinencia urinaria estaba presente regularmente antes del desarrollo de otra condición médica o si persiste después de la institución del tratamiento apropiado de la condición médica.

Efectos secundarios de los medicamentos. La enuresis puede ocurrir durante el tratamiento con medicamentos antipsicóticos, diuréticos u otros medicamentos que pueden inducir estreñimiento, poliuria o alteraciones en el funcionamiento ejecutivo, todo lo cual puede provocar incontinencia. En este caso, el diagnóstico no debe hacerse de forma aislada, sino que puede notarse como un efecto secundario del medicamento. Sin embargo, se puede hacer un diagnóstico de enuresis si la incontinencia urinaria estaba presente regularmente antes del tratamiento con el medicamento.

Comorbilidad

Aunque la mayoría de los niños con enuresis no tienen un trastorno mental comórbido, la prevalencia de síntomas conductuales y del desarrollo comórbidos es mayor en los niños con enuresis tanto diurna como nocturna que en los niños sin incontinencia. Los retrasos en el desarrollo, incluidos los retrasos en el habla, el lenguaje, el aprendizaje y las habilidades motoras, también están presentes en una parte de los niños con enuresis. La encopresis y el estreñimiento están presentes en

Incontinencia diurna y nocturna. El síndrome de piernas inquietas y las parasomnias, como los trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos (tipos de sonambulismo y terror nocturno) están asociados con la enuresis nocturna. Además, existe un vínculo entre la enuresis nocturna y los ronquidos intensos o las apneas del sueño. Aproximadamente el 50% de los niños enuréticos con trastornos respiratorios del sueño comprobados se secarán al someterse a una adenoamigdalectomía. Las infecciones del tracto urinario son más comunes en niños con incontinencia urinaria diurna y enuresis nocturna no monosintomática, especialmente el subtipo diurno, que en aquellos que son continentes.

encopresis

Criterios de diagnóstico

F98.1

- A. Paso repetido de heces a lugares inapropiados (p. ej., ropa, piso), ya sea involuntario o intencional.
- B. Al menos uno de estos eventos ocurre cada mes durante al menos 3 meses.
- C. La edad cronológica es de al menos 4 años (o equivalente nivel de desarrollo).
- D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra condición médica, excepto a través de un mecanismo que involucre estreñimiento.

Especificar si: Con

estreñimiento e incontinencia por rebosamiento: Hay evidencia de estreñimiento en el examen físico o por antecedentes.

Sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento: No hay evidencia de estreñimiento en el examen físico o por la historia.

subtipos

Las heces en la encopresis, subtipo “con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento”, tienen una forma característica (pero no invariable) deficiente, y las fugas pueden ser infrecuentes o continuas, y ocurren a lo largo del día y en ocasiones durante el sueño. Solo una parte de las heces se expulsa al ir al baño y la incontinencia se resuelve después del tratamiento del estreñimiento.

En el subtipo “sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento”, es probable que las heces sean de forma y consistencia normales, y que la suciedad sea intermitente.

Las heces pueden depositarse en un

403

ubicación destacada. Esto suele estar asociado con la presencia de un trastorno negativista desafiante o un trastorno de la conducta o puede ser consecuencia de la masturbación anal. La suciedad sin estreñimiento es menos común que la suciedad con estreñimiento.

Características diagnósticas La

característica esencial de la encopresis es el paso repetido de heces a lugares inadecuados (p. ej., la ropa o el suelo) (Criterio A). La mayoría de las veces, el paso es involuntario, pero ocasionalmente puede ser intencional. El evento debe ocurrir al menos una vez al mes durante al menos 3 meses (Criterio B), y la edad cronológica del niño debe ser de al menos 4 años (o para niños con retrasos en el desarrollo, la edad mental debe ser de al menos 4 años) (Criterio C). La incontinencia fecal no debe ser atribuible exclusivamente a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra condición médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento (Criterio D).

Cuando el paso de las heces es involuntario en lugar de intencional, a menudo se relaciona con el estreñimiento, la impactación y la retención con el desbordamiento posterior. El estreñimiento puede desarrollarse por razones psicológicas (p. ej., ansiedad por defecar en un lugar particular, un patrón más general de conducta ansiosa o de oposición), lo que lleva a evitar la defecación y a una retención voluntaria excesiva de las heces. Las predisposiciones fisiológicas al estreñimiento incluyen esfuerzo ineficaz o dinámica defecatoria paradójica, con contracción en lugar de relajación del esfínter externo o del suelo pélvico durante el esfuerzo para defecar. Hábitos dietéticos (como

ingesta insuficiente de líquidos), la enfermedad celíaca, el hipotiroidismo o un efecto secundario de un medicamento también pueden inducir el estreñimiento. Una vez que se ha desarrollado el estreñimiento, puede complicarse con una fisura anal, defecación dolorosa y mayor retención fecal. La consistencia de las heces puede variar. En algunas personas, las heces pueden tener una consistencia normal o casi normal. En otros individuos, como aquellos con incontinencia por rebosamiento secundaria a retención fecal, puede ser líquido.

Funciones asociadas

El niño con encopresis a menudo se siente avergonzado y puede desear evitar situaciones (p. ej., un campamento, la escuela) que puedan provocar vergüenza. La cantidad de deterioro es una función del efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social de los compañeros y la ira, el castigo y el rechazo por parte de los cuidadores. Untar las heces puede ser deliberado o accidental, como resultado del intento del niño de limpiar u ocultar las heces que expulsó involuntariamente. Cuando la incontinencia es claramente deliberada, también pueden presentarse características del trastorno negativista desafiante o del trastorno de la conducta. Muchos niños con encopresis y estreñimiento crónico también tienen síntomas de enuresis y pueden tener reflujo urinario asociado en la vejiga o los uréteres que pueden conducir a infecciones urinarias crónicas, cuyos síntomas pueden remitir con el tratamiento del estreñimiento.

Predominio

Se estima que la mayoría de los niños mayores de 4 años con encopresis tienen el subtipo “con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento”.

La encopresis afecta del 1 al 4 % de los niños en países de ingresos altos, mientras que en algunos países asiáticos (Irán, Corea del Sur, Sri Lanka) se ha informado una prevalencia del 2 al 8 %. La encopresis es más frecuente entre los niños de 4 a 6 años (> 4 %) que entre los niños de 10 a 12 años (< 2 %); la prevalencia también es mayor entre los niños que experimentan abuso o abandono temprano y los jóvenes de bajos ingresos.

Desarrollo y Curso

La encopresis no se diagnostica hasta que el niño alcanza una edad cronológica de al menos 4 años (o para niños con retrasos en el desarrollo, una edad mental de al menos 4 años). Inadecuado,

404

El entrenamiento inconsistente para ir al baño y el estrés psicosocial (p. ej., ingresar a la escuela, el nacimiento de un hermano) pueden ser factores predisponentes. Por supuesto, se han descrito dos tipos: un tipo "primario", en el que el individuo nunca ha establecido la continencia fecal, y un tipo "secundario", en el que la alteración se desarrolla después de un período de continencia fecal establecida.

La encopresis puede persistir, con exacerbaciones intermitentes, durante años.

Factores de riesgo y pronóstico La

defecación dolorosa puede provocar estreñimiento y un ciclo de comportamientos de retención que aumentan la probabilidad de encopresis. El género masculino y la edad anterior a la adolescencia son factores de riesgo para la encopresis. Se cree que varios factores contribuyen al desarrollo de la incontinencia fecal, como la ansiedad, la depresión, los trastornos del comportamiento, los factores estresantes psicológicos (p. ej., intimidación, bajo rendimiento escolar) y un nivel socioeconómico más bajo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Las diferencias en la ingesta de alimentos y bebidas en diferentes culturas, las condiciones climáticas cálidas en los países tropicales y la adversidad psicosocial pueden influir en la incidencia de estreñimiento, dolor abdominal inexplicable y retención fecal que conducen a la encopresis. Los padres en algunas sociedades pueden no buscar servicios de salud por encopresis por razones socioculturales. Por ejemplo, los padres turcos y marroquíes en los Países Bajos pueden no informar sobre la encopresis debido a preocupaciones religiosas sobre la impureza de la orina y las heces.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

En niños menores de 5 años, la proporción de género parece ser igual, pero la encopresis tiende a ser más común en niños que en niñas entre los mayores.

niños, con una proporción que varía globalmente (en estudios comunitarios y hospitalarios) de 2:1 (en los Estados Unidos) a 6:1.

Marcadores de diagnóstico

El diagnóstico de encopresis es un diagnóstico clínico basado en la historia clínica y el examen físico y, por lo general, no requiere ninguna prueba de diagnóstico.

La detección de una impactación fecal rectal mediante tacto rectal apoyaría el diagnóstico de encopresis, con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.

Aunque no está indicado para el diagnóstico de encopresis, una radiografía abdominal que muestre una retención fecal también apoyaría el diagnóstico de encopresis, con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.

Las pruebas de tránsito colónico, que típicamente involucran la ingestión de marcadores radiopacos seguidos de imágenes abdominales para evaluar el tiempo de tránsito colónico, pueden ayudar a diferenciar entre encopresis con o sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento. Las imágenes abdominales que demuestren la retención de marcadores radiopacos sugerirían encopresis, con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, mientras que la pronta evacuación de marcadores radiopacos apoyaría el diagnóstico de encopresis, sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento. En ciertos niños, las pruebas de manometría anorrectal pueden ser útiles para comprender mejor los factores fisiológicos que pueden estar contribuyendo a la encopresis. La manometría anorrectal permite la evaluación de la función y la sensación anorrectal. En el niño con síntomas refractarios o signos que sugieran la presencia de una condición médica subyacente que lleva a la incontinencia fecal, puede estar indicada una evaluación adicional. Tal evaluación está diseñada para excluir otras condiciones médicas.

Consecuencias funcionales de la encopresis La encopresis

está asociada con una disminución significativa en la calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento familiar, particularmente en niños mayores.

Diagnóstico diferencial

Un diagnóstico de encopresis en presencia de otra condición médica es apropiado solo si el mecanismo involucra estreñimiento que no puede ser

explicado por otras condiciones médicas. La incontinencia fecal relacionada con otras afecciones médicas (p. ej., diarrea crónica, espina bífida, estenosis anal) no justificaría un diagnóstico de encopresis según el DSM-5.

Comorbilidad La

enuresis a menudo está presente en niños con encopresis, particularmente en niños con encopresis, sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.

Otro trastorno de eliminación especificado

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la eliminación que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de los trastornos de la eliminación. . La categoría de otro trastorno de eliminación especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno de eliminación específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de eliminación especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “enuresis de baja frecuencia”).

Nota de codificación: codifique N39.498 para otro trastorno de eliminación especificado con síntomas urinarios; R15.9 para otro trastorno de eliminación especificado con síntomas fecales.

Trastorno de eliminación no especificado

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que los síntomas característicos de un trastorno de eliminación causan clínicamente

Predominan la angustia significativa o el deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de eliminación. La categoría de trastorno de eliminación no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno de eliminación específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. configuración de la habitación).

Nota de codificación: codifique **R32** para trastorno de eliminación no especificado con síntomas urinarios; **R15.9** para trastorno de eliminación no especificado con síntomas fecales.

Trastornos del sueño y la vigilia

La clasificación del DSM-5 de los trastornos del sueño y la vigilia está destinada a los médicos de salud mental y médicos generales (aquellos que atienden a personas adultas, geriátricas y pediátricas). Los trastornos del sueño-vigilia abarcan 10 trastornos o grupos de trastornos: trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnolencia, narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del sueño-vigilia del ritmo circadiano, trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM), trastorno de pesadillas, trastornos del movimiento ocular rápido (REM) trastorno del comportamiento del sueño, síndrome de piernas inquietas y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Las personas con estos trastornos suelen presentar quejas de sueño-vigilia de insatisfacción con respecto a la calidad, el tiempo y la cantidad de sueño. La angustia y el deterioro diurnos resultantes son características centrales compartidas por todos estos trastornos del sueño y la vigilia.

La organización de este capítulo está diseñada para facilitar el diagnóstico diferencial de las molestias del sueño y la vigilia y para aclarar cuándo es apropiado derivar a un especialista del sueño para una evaluación adicional y la planificación del tratamiento. La nosología de los trastornos del sueño del DSM-5 utiliza un enfoque simple y clínicamente útil, al mismo tiempo que refleja los avances científicos en la investigación de epidemiología, genética, fisiopatología, evaluación e intervenciones desde el DSM-IV. El enfoque adoptado para la clasificación de los trastornos del sueño y la vigilia en el DSM-5 puede entenderse dentro del contexto de "agrupamiento versus división". Por ejemplo, en algunas categorías (p. ej., trastorno de insomnio), se ha adoptado un enfoque de "agrupamiento" (es decir, tres categorías que estaban separadas en el DSM-IV: insomnio con otros trastornos mentales, insomnio con otras afecciones médicas e insomnio con otros trastornos). trastornos del sueño—están todos incluidos en la categoría única de insomnio como especificadores), mientras que en otras categorías (p. ej., narcolepsia), se ha adoptado un enfoque de "división" (es decir, hay cuatro subtipos de narcolepsia codificados por separado, como el tipo 1 con cataplejía o deficiencia de hipocretina, y tipo 2 sin cataplejía y

sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida), lo que refleja la disponibilidad de validadores derivados de la investigación epidemiológica, neurobiológica y de intervenciones.

Debido a que el DSM-5 está diseñado para ser utilizado por médicos de salud mental y médicos generales que no son expertos en medicina del sueño, el DSM-5 presenta un esfuerzo por simplificar la clasificación de los trastornos del sueño y la vigilia y, por lo tanto, agrega diagnósticos bajo etiquetas más amplias y menos diferenciadas. Por el contrario, la **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición (ICSD-3), elabora numerosos subtipos de diagnóstico, refleja la ciencia y las opiniones de la comunidad de especialistas del sueño y ha sido preparada por y para especialistas del sueño.

El enfoque más simple y menos diferenciado para el diagnóstico de los trastornos del sueño y la vigilia en el DSM-5 muestra una confiabilidad superior entre evaluadores, así como una validez convergente, discriminante y aparente. El texto que acompaña a cada conjunto de criterios de diagnóstico proporciona vínculos con los trastornos correspondientes incluidos en ICSD-3.

El campo de la medicina de los trastornos del sueño ha progresado en esta dirección desde la publicación del DSM-IV. El uso de validadores biológicos ahora está incorporado en la clasificación DSM-5 de los trastornos del sueño y la vigilia, particularmente para los trastornos de somnolencia excesiva, como la narcolepsia, para los cuales los valores de inmunorreactividad de la hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo pueden ser diagnósticos; para trastornos del sueño relacionados con la respiración, para los cuales están indicados estudios formales del sueño (es decir, polisomnografía); y para el síndrome de piernas inquietas, que a menudo puede coexistir con movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño, detectables mediante polisomnografía.

Trastornos concurrentes y diagnóstico diferencial Los trastornos del sueño suelen ir acompañados de depresión, ansiedad y cambios cognitivos que deben abordarse en la planificación y el manejo del tratamiento.

Además, las alteraciones persistentes del sueño (tanto insomnio como somnolencia excesiva) son factores de riesgo establecidos para el posterior desarrollo de

enfermedades mentales (incluidos los trastornos relacionados con el uso de sustancias y sin el uso de sustancias) y otras afecciones médicas. También pueden representar una expresión prodrómica de un episodio de enfermedad mental, lo que permite la posibilidad de una intervención temprana para prevenir o atenuar un episodio completo.

El diagnóstico diferencial de las molestias del sueño y la vigilia requiere un enfoque multidimensional, con consideración de condiciones clínicas posiblemente coexistentes, que son la regla y no la excepción. Los trastornos del sueño proporcionan un indicador clínicamente útil de las condiciones clínicas que a menudo coexisten con la depresión y otros trastornos mentales comunes.

Entre estas comorbilidades destacan los trastornos del sueño relacionados con la respiración, afecciones cardíacas y pulmonares (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), trastornos neurodegenerativos (p. ej., enfermedad de Alzheimer) y trastornos del sistema musculoesquelético (p. ej., osteoartritis). Estos trastornos no solo pueden perturbar el sueño, sino que también pueden empeorar durante el sueño (p. ej., apneas prolongadas o arritmias electrocardiográficas durante el sueño REM; despertares confusionales en personas con un trastorno neurocognitivo importante; convulsiones en personas con convulsiones parciales complejas). El trastorno del comportamiento del sueño REM suele ser un indicador temprano de trastornos neurodegenerativos (sinucleinopatías alfa) como la enfermedad de Parkinson. Por todas estas razones, relacionadas con el diagnóstico diferencial, la comorbilidad clínica y la facilitación de la planificación del tratamiento, los trastornos del sueño se incluyen en el DSM-5.

Términos y conceptos clave La polisomnografía

puede medir cuatro etapas distintas del sueño: el sueño REM y las tres etapas del sueño NREM (N1, N2 y N3).

- El sueño REM, durante el cual ocurre la mayoría de los sueños tipo cuento típicos, ocupa alrededor del 20% al 25% del sueño total.
- La etapa 1 del sueño NREM (N1) es una transición de la vigilia al sueño y ocupa alrededor del 5% del tiempo que pasan dormidos los adultos sanos.
- La etapa 2 del sueño NREM (N2), que se caracteriza por formas de onda electroencefalográficas específicas (husos del sueño y complejos K), ocupa alrededor del 50% del tiempo que se pasa dormido.

- La etapa 3 del sueño NREM (N3) (también conocida como sueño de ondas lentas) es el nivel más profundo de sueño y ocupa alrededor del 20 % del tiempo de sueño en adultos jóvenes y sanos.

Estas etapas del sueño tienen una organización temporal característica a lo largo de la noche. N3 tiende a ocurrir en el primer tercio a la mitad de la noche y aumenta en duración en respuesta a la privación del sueño. El sueño REM ocurre cíclicamente a lo largo de la noche, alternando con el sueño NREM aproximadamente cada 80 a 100 minutos. Los períodos de sueño REM aumentan en duración hacia la mañana.

El sueño humano también varía característicamente a lo largo de la vida. Despues de una estabilidad relativa con grandes cantidades de sueño de ondas lentas en la niñez y la adolescencia temprana, la continuidad y la profundidad del sueño se deterioran en el rango de edad adulta. Este deterioro se refleja en un aumento de la vigilia y el sueño N1 y una disminución del sueño N3. Debido a esto, la edad debe ser considerada en el diagnóstico de un trastorno del sueño en cualquier individuo.

La polisomnografía es la monitorización de múltiples parámetros electrofisiológicos durante el sueño. La mayoría de los estudios polisomnográficos se realizan durante las horas habituales de sueño del individuo, es decir, durante la noche. Sin embargo, los estudios polisomnográficos diurnos también se utilizan para cuantificar la somnolencia diurna. El procedimiento diurno más común es el sueño múltiple.

409

prueba de latencia, en la que se instruye al individuo para que se acueste en una habitación oscura y no se resista a conciliar el sueño; este protocolo se repite cinco veces durante el día. La cantidad de tiempo necesario para conciliar el sueño (latencia del sueño) se mide en cada ensayo y se utiliza como índice de somnolencia fisiológica.

La siguiente terminología estándar para medidas polisomnográficas se utiliza en todo el texto de este capítulo, y otros términos brindan contexto para la discusión del capítulo:

- ***La continuidad del sueño*** se refiere al equilibrio general del sueño y la vigilia durante una noche de sueño. La continuidad del sueño "mejor" indica un sueño consolidado con poca vigilia o fragmentación; La "peor" continuidad del sueño indica un sueño interrumpido con más vigilia y fragmentación.

Las medidas específicas de continuidad del sueño incluyen ***la latencia del sueño***: ***la*** cantidad de tiempo necesaria para conciliar el sueño (expresada en minutos); ***despertarse***

después del inicio del sueño: la cantidad de tiempo de vigilia entre el inicio del sueño inicial y el despertar final (expresado en minutos); el **número de despertares**; y la **eficiencia del sueño:** la relación entre el tiempo real que se pasa dormido y el tiempo que se pasa en la cama (expresado como porcentaje; los números más altos indican una mejor continuidad del sueño).

- **La arquitectura del sueño** se refiere a la cantidad y distribución de etapas específicas del sueño. Las medidas de la arquitectura del sueño incluyen cantidades absolutas de sueño REM y cada etapa de sueño NREM (en minutos), cantidad relativa de sueño REM y etapas de sueño NREM (expresadas como porcentaje del tiempo total de sueño) y latencia entre el inicio del sueño y el primer período REM (**latencia REM**). Cuando la latencia para el inicio del sueño REM es < 15 minutos, se emplean los términos **REM de inicio del sueño** y **período REM de inicio** del sueño .

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Una revisión de múltiples estudios encontró que el síntoma del insomnio puede aumentar el riesgo de pensamientos suicidas, comportamiento suicida y muerte, incluso después del ajuste por depresión, y que las pesadillas aumentan el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas. En un estudio de estudiantes universitarios, el 31,3 % de las personas con problemas para dormir tenían pensamientos suicidas y, por el contrario, casi todas las personas (82,7 %) con pensamientos suicidas tenían problemas para dormir. Una declaración de revisión y consenso de la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño concluyó que en los adolescentes, menos de 8 horas de sueño se asocia con un mayor riesgo de autolesiones, pensamientos suicidas y comportamiento suicida.

Trastorno de insomnio

Criterios de diagnóstico

F51.01

- A. Una queja predominante de insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, asociada con uno (o más) de los siguientes síntomas: 1. Dificultad para iniciar el sueño. (En los niños, esto puede manifestarse como dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador).

2. Dificultad para mantener el sueño, caracterizada por despertares frecuentes o problemas para volver a dormirse después de despertarse. (En los niños, esto puede manifestarse como dificultad para volver a dormir sin la intervención del cuidador).
 3. Despertar temprano en la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional, educativo, académico, conductual u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La dificultad para dormir ocurre al menos 3 noches por semana.
- D. La dificultad para dormir está presente durante al menos 3 meses.
- E. La dificultad para dormir ocurre a pesar de la oportunidad adecuada para dormir.
- F. El insomnio no se explica mejor y no ocurre exclusivamente durante el curso de otro trastorno del sueño y la vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, una parasomnia).
- G. El insomnio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).
- H. Los trastornos mentales y las condiciones médicas coexistentes no explican adecuadamente la queja predominante de insomnio.

Especifique

si: **Con trastorno mental**, incluidos los trastornos por consumo de sustancias

Con afección médica

Con otro trastorno del sueño Nota de

codificación: el código F51.01 se aplica a los tres especificadores.

Codifique también el trastorno mental, la afección médica u otro trastorno del sueño asociado relevante inmediatamente después del código de trastorno de insomnio para indicar la asociación.

Especificación si:

Episódico: los síntomas duran al menos 1 mes pero menos de 3 meses.

Persistente: Los síntomas duran 3 meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en el espacio de 1 año.

Nota: El insomnio agudo y de corta duración (es decir, los síntomas que duran menos de 3 meses pero que cumplen todos los criterios con respecto a la frecuencia, la intensidad, la angustia y/o el deterioro) deben codificarse como otro trastorno de insomnio especificado.

Nota: El diagnóstico de trastorno de insomnio se da ya sea que ocurra como una condición independiente o sea comórbido con otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor), condición médica (p. ej., dolor) u otro trastorno del sueño (p. ej., un trastorno relacionado con la respiración). desorden del sueño). Por ejemplo, el insomnio puede desarrollar su propio curso con algunas características de ansiedad y depresión sin que esas características cumplan los criterios para ningún trastorno mental. El insomnio también puede manifestarse como una característica clínica de un trastorno mental más predominante. El insomnio persistente es un factor de riesgo para la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno por consumo de alcohol y es un síntoma residual común después del tratamiento de estas afecciones. Cuando el insomnio es comórbido con un trastorno mental, es posible que el tratamiento deba enfocarse en ambas condiciones. Dados estos diferentes cursos, a menudo es imposible establecer la naturaleza precisa de la relación entre estas entidades clínicas, y esta relación puede cambiar con el tiempo. Por lo tanto, ante la presencia de insomnio y un trastorno comórbido, no es necesario hacer una atribución causal entre las dos condiciones. Más bien, el diagnóstico de trastorno de insomnio se hace con la especificación concurrente de las condiciones comórbidas. Solo se debe considerar un diagnóstico de insomnio concurrente cuando el insomnio es lo suficientemente grave como para justificar una atención clínica independiente; de lo contrario, no es necesario un diagnóstico por separado.

Procedimientos de registro

Los especificadores “con trastorno mental, incluidos los trastornos por uso de sustancias”; “con condición médica”; y “con otro trastorno del sueño” están disponibles para permitir que el médico observe comorbilidades clínicamente relevantes. En tales casos, registre F51.01 trastorno de insomnio, con [nombre de la(s) condición(es) o trastorno(s) comórbido(s)] seguido del código(s) de diagnóstico para las condiciones o trastornos comórbidos (p. ej., F51.01 trastorno de insomnio, con trastorno moderado por consumo de cocaína y neuralgia del trigémino; F14.20 trastorno moderado por consumo de cocaína; G50.0 neuralgia del trigémino).

411

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de insomnio es la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño con quejas de dificultad para iniciar o mantener el sueño. Las molestias del sueño van acompañadas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración del sueño puede ocurrir durante el curso de otro trastorno mental o condición médica, o puede ocurrir de forma independiente.

Diferentes manifestaciones de insomnio pueden ocurrir en diferentes momentos del período de sueño. ***El insomnio del inicio del sueño*** (o ***insomnio inicial***) implica la dificultad para iniciar el sueño a la hora de acostarse. ***El insomnio de mantenimiento del sueño*** (o ***insomnio medio***) implica despertares frecuentes o prolongados durante la noche. ***El insomnio tardío*** consiste en despertarse temprano en la mañana sin poder volver a dormir. La dificultad para mantener el sueño es el síntoma individual más común del insomnio, que afecta a alrededor del 60 % de las personas con insomnio, seguido de un despertar temprano y dificultad para conciliar el sueño, según una muestra nacional de miembros de planes de atención médica de EE. UU. Una combinación de estos síntomas es la presentación más común en general. El tipo específico de queja del sueño a menudo varía con el tiempo. Las personas que se quejan de dificultad para conciliar el sueño en un momento pueden quejarse más tarde de dificultad para mantener el sueño y viceversa. Los síntomas de dificultad para conciliar el sueño y dificultad para mantener el sueño se pueden cuantificar mediante el autoinforme retrospectivo del individuo, los diarios de sueño en los que se recopila información prospectivamente u otros métodos, como la actigrafía o la polisomnografía. Sin embargo, el diagnóstico del trastorno de insomnio se basa en la percepción subjetiva del sueño del individuo o en una

informe del cuidador. Los informes subjetivos de personas con trastorno de insomnio indican con frecuencia latencias de sueño más prolongadas, más tiempo despierto durante la noche y menos tiempo total de sueño de lo que demuestran los datos objetivos (p. ej., polisomnográficos). Las razones de esta discrepancia no se comprenden bien, pero se cree que las alteraciones en la neurofisiología subyacente que reflejan la hiperexcitación o la activación cortical desempeñan un papel.

El sueño no reparador, una queja de mala calidad del sueño que no deja al individuo descansado al despertar a pesar de la duración adecuada, es una queja común del sueño que generalmente ocurre en asociación con dificultad para iniciar o mantener el sueño, o con menos frecuencia de forma aislada. La relación precisa del sueño no reparador aislado con el trastorno de insomnio sigue sin estar clara. La prevalencia del sueño no reparador aislado se ha estimado en alrededor del 5% y, a diferencia de las quejas de insomnio, se informa con mayor frecuencia en personas más jóvenes. Esta queja también se puede informar en asociación con otro trastorno del sueño (p. ej., trastorno del sueño relacionado con la respiración). Cuando una queja de sueño no reparador ocurre aisladamente (es decir, en ausencia de dificultad para iniciar y/o mantener el sueño u otros trastornos del sueño-vigilia), se realiza un diagnóstico de otro trastorno específico del sueño-vigilia.

Además de los criterios de frecuencia y duración requeridos para hacer el diagnóstico, son útiles pautas adicionales para cuantificar la gravedad del insomnio. Estas pautas cuantitativas, aunque arbitrarias, se proporcionan únicamente con fines ilustrativos. Por ejemplo, la dificultad para iniciar el sueño se define por una latencia subjetiva del sueño > 20 a 30 minutos, y la dificultad para mantener el sueño se define por un tiempo subjetivo despierto después del inicio del sueño > 20 a 30 minutos. Aunque no existe una definición estándar de despertar temprano en la mañana, este síntoma implica despertarse al menos 1 hora antes de la hora programada y antes de que el tiempo total de sueño alcance las 6½ horas. Es fundamental tener en cuenta no solo la hora final de despertar, sino también la hora de acostarse la noche anterior. Despertarse a las 4:00 a . m. no tiene el mismo significado clínico en quienes se acuestan a las 9:00 p . m. que en quienes se acuestan a las 11:00 p. m . Este síntoma también puede reflejar una disminución de la capacidad dependiente de la edad. para mantener el sueño o un cambio dependiente de la edad en el momento del período de sueño principal. Aunque estos criterios cuantitativos se emplean con frecuencia en los diseños de investigación, por sí solos no distinguen de manera confiable a las personas con insomnio de las que duermen normalmente. Es más,

las personas cuyas presentaciones ya no cumplen con los criterios de diagnóstico subjetivos para el trastorno de insomnio pueden continuar mostrando una alteración objetiva de estos parámetros, así como un deterioro diurno.

412

El trastorno de insomnio implica deficiencias durante el día, así como dificultades para dormir durante la noche. Estos incluyen fatiga o, con menos frecuencia, somnolencia diurna; este último es más común entre las personas mayores y cuando el insomnio es comórbido con otra afección médica (p. ej., dolor crónico) o trastorno del sueño (p. ej., apnea del sueño). El deterioro en el rendimiento cognitivo puede incluir dificultades con la atención, la concentración y la memoria, y la realización de habilidades manuales complejas. Los trastornos del estado de ánimo asociados suelen describirse como irritabilidad o labilidad del estado de ánimo y, con menor frecuencia, como síntomas depresivos o de ansiedad. No todas las personas con trastornos del sueño nocturno están angustiadas o tienen deterioro funcional. Por ejemplo, la continuidad del sueño a menudo se interrumpe en adultos mayores sanos que, sin embargo, se identifican como buenos durmientes. Un diagnóstico de trastorno de insomnio debe reservarse para aquellas personas con angustia diurna significativa o deterioro relacionado con sus dificultades para dormir durante la noche.

Funciones asociadas

El insomnio a menudo se asocia con la excitación fisiológica y cognitiva y con factores condicionantes que interfieren con el sueño. Una preocupación por el sueño y la angustia atribuible a la incapacidad para dormir puede conducir a un círculo vicioso: cuanto más se esfuerza el individuo por dormir, más frustración se acumula y más perjudica el sueño. Por lo tanto, la atención y los esfuerzos excesivos para dormir, que anulan los mecanismos normales de inicio del sueño, pueden contribuir al desarrollo del insomnio. Las personas con insomnio persistente también pueden adquirir hábitos de sueño desadaptativos (p. ej., pasar demasiado tiempo en la cama, seguir un horario de sueño errático, dormir siestas) y cogniciones (p. ej., miedo a insomnio, aprensión por las deficiencias diurnas, vigilancia del reloj) durante el curso del trastorno. . Participar en tales actividades en un entorno en el que el individuo ha pasado con frecuencia noches de insomnio puede agravar aún más la activación condicionada y perpetuar el sueño.

dificultades. Por el contrario, el individuo puede conciliar el sueño más fácilmente cuando no intenta hacerlo. Algunas personas también informan que duermen mejor cuando están lejos de sus propias habitaciones y de sus rutinas habituales.

El insomnio puede ir acompañado de una variedad de quejas y síntomas durante el día, que incluyen fatiga, disminución de la energía y alteraciones del estado de ánimo.

Las personas con trastorno de insomnio pueden parecer fatigadas o demacradas o, por el contrario, sobreexcitadas y “conectadas”. Puede haber una mayor incidencia de síntomas psicofisiológicos relacionados con el estrés (p. ej., cefalea tensional, tensión o dolor muscular, síntomas gastrointestinales); sin embargo, no hay anomalías consistentes o características en el examen físico. Pueden presentarse síntomas de ansiedad o depresión que no cumplen los criterios para un trastorno mental específico, así como un enfoque excesivo en los efectos percibidos de la pérdida de sueño en el funcionamiento diurno.

Las personas con insomnio pueden tener puntajes elevados en inventarios psicológicos o de personalidad autoinformados con perfiles que indican depresión y ansiedad leves, un estilo cognitivo preocupante, un estilo de resolución de conflictos centrado en la emoción e internalizado, y un enfoque somático. Los patrones de deterioro neurocognitivo entre las personas con trastorno de insomnio son inconsistentes, aunque puede haber deterioros en la realización de tareas de mayor complejidad y aquellas que requieren cambios frecuentes en la estrategia de desempeño. Las personas con insomnio a menudo requieren más esfuerzo para mantener el rendimiento cognitivo.

Predominio

Las estimaciones basadas en la población varían según la muestra y los criterios empleados, pero indican que, en varios países, alrededor de un tercio de los adultos reportan síntomas de insomnio, entre el 10 % y el 15 % experimentan deficiencias diurnas asociadas y entre el 4 % y el 22 % tienen síntomas que cumplen criterios para el trastorno de insomnio, con un promedio de alrededor del 10%. El insomnio es el más frecuente de todos los trastornos del sueño. En entornos de atención primaria a nivel internacional, aproximadamente entre el 20 % y el 40 % de las personas se quejan de síntomas significativos de insomnio. Las tasas de prevalencia para las poblaciones médicas y psiquiátricas son significativamente más altas que las de la población general,

especialmente entre individuos con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y uso de sustancias. Del cuarenta al cincuenta por ciento de las personas con un trastorno de insomnio tienen un trastorno mental comórbido. El insomnio es una queja más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, con una proporción de género de alrededor de 1,3:1 en muestras multinacionales. La proporción de género aumenta a 1,7:1 después de los 45 años. La prevalencia en Noruega entre los adolescentes mayores (16-18 años) es casi el doble en las niñas que en los niños. Aunque el insomnio puede ser un síntoma o un trastorno independiente, se observa con mayor frecuencia como una condición comórbida con otra condición médica o trastorno mental.

Desarrollo y curso El inicio de los

síntomas del insomnio puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero el primer episodio es más común en la edad adulta temprana. Con menos frecuencia, el insomnio comienza en la niñez o la adolescencia. En las mujeres, la incidencia de insomnio de nueva aparición aumenta con la menopausia y puede persistir incluso después de que se hayan resuelto otros síntomas (p. ej., sofocos). El insomnio puede tener un inicio tardío en la vida, que a menudo se asocia con el inicio de otras afecciones relacionadas con la salud.

El insomnio puede ser situacional, persistente o recurrente. El insomnio situacional o agudo suele durar unos pocos días o unas pocas semanas y, a menudo, se asocia con eventos de la vida o cambios rápidos en los horarios de sueño o en el entorno. Por lo general, se resuelve una vez que desaparece el evento desencadenante inicial. Para algunas personas, quizás las más vulnerables a los trastornos del sueño, el insomnio puede persistir mucho después del evento desencadenante inicial, posiblemente debido a factores condicionantes y una mayor excitación. Los factores que precipitan el insomnio pueden diferir de los que lo perpetúan. Por ejemplo, una persona que está postrada en cama con una lesión dolorosa y tiene dificultad para dormir puede desarrollar asociaciones negativas para dormir. Entonces, la excitación condicionada puede persistir y conducir a un insomnio persistente. Un curso similar puede desarrollarse en el contexto de un estrés psicológico agudo o un trastorno mental. Por ejemplo, el insomnio que ocurre durante un episodio de trastorno depresivo mayor puede convertirse en un foco de atención, con el consiguiente condicionamiento negativo, y persistir incluso después de la resolución del episodio depresivo en al menos 40 a 50% de los individuos. En algunos casos, el insomnio también puede tener un inicio insidioso sin ningún factor desencadenante identificable.

El curso del insomnio también puede ser episódico, con episodios recurrentes de dificultades para dormir asociados con la ocurrencia de eventos estresantes.

Las tasas de cronicidad varían de 45% a 75% para seguimientos de 1 a 7 años.

Incluso cuando el curso del insomnio se ha vuelto crónico, existe una variabilidad de noche a noche en los patrones de sueño, con una noche de sueño reparador ocasional intercalada con varias noches de sueño deficiente. Las características del insomnio también pueden cambiar con el tiempo. Muchas personas con insomnio tienen un historial de sueño “ligero” o que se interrumpe fácilmente antes del inicio de problemas de sueño más persistentes.

Las quejas de insomnio son más frecuentes entre los adultos mayores y de mediana edad. El tipo de síntoma de insomnio cambia en función de la edad; las dificultades para iniciar el sueño son más comunes entre los adultos jóvenes y los problemas para mantener el sueño ocurren con mayor frecuencia entre las personas de mediana edad y mayores.

Las dificultades para iniciar y mantener el sueño también pueden ocurrir en niños y adolescentes, pero hay datos más limitados sobre la prevalencia, los factores de riesgo y la comorbilidad durante estas fases de desarrollo de la vida. Las dificultades para dormir en la infancia pueden deberse a factores condicionantes (p. ej., un niño que no aprende a conciliar el sueño o no vuelve a dormirse sin la presencia de uno de los padres) o a la ausencia de horarios de sueño y rutinas constantes para acostarse. El insomnio en la adolescencia a menudo es desencadenado o exacerbado por horarios de sueño irregulares, especialmente por el retraso de fase. Tanto en niños como en adolescentes, los factores psicológicos y médicos pueden contribuir al insomnio.

La mayor prevalencia de insomnio en adultos mayores se explica en parte por la mayor incidencia de problemas de salud física con el envejecimiento. Los cambios en los patrones de sueño asociados con el proceso de desarrollo normal deben diferenciarse de aquellos que exceden los cambios relacionados con la edad. Las personas mayores pueden experimentar retrasos significativos en el inicio del sueño o despertares frecuentes que no están asociados con quejas o consecuencias diurnas. Aunque

La polisomnografía tiene un valor limitado en la evaluación de rutina del insomnio, puede ser más útil en el diagnóstico diferencial entre los adultos mayores porque las condiciones comórbidas asociadas con el insomnio (p. ej., apnea del sueño) son más comunes en las personas mayores.

Factores de riesgo y pronóstico Si bien

los factores de riesgo y pronóstico analizados en esta sección aumentan la vulnerabilidad al insomnio, es más probable que ocurran trastornos del sueño cuando las personas predispuestas están expuestas a eventos desencadenantes, como eventos importantes de la vida (p. ej., enfermedad, separación) o eventos menos graves. pero más estrés diario crónico. La mayoría de las personas reanudan los patrones normales de sueño después de que desaparece el evento desencadenante inicial, pero otras, quizás las más vulnerables al insomnio, continúan experimentando dificultades persistentes para dormir. Los factores que perpetúan, como los malos hábitos de sueño, la programación irregular del sueño y el miedo a no dormir, alimentan el problema del insomnio y pueden contribuir a un círculo vicioso que puede inducir el insomnio persistente.

Temperamental. La personalidad o los estilos cognitivos ansiosos o propensos a preocuparse, una mayor predisposición a la excitación, una mayor reactividad al estrés y la tendencia a reprimir las emociones pueden aumentar la vulnerabilidad al insomnio.

Ambiental. El ruido, la luz o una temperatura incómodamente alta o baja pueden aumentar la vulnerabilidad al insomnio. La gran altitud también puede predisponer al insomnio atribuible a las dificultades respiratorias periódicas durante el sueño.

Genético y fisiológico. El sexo femenino y la edad avanzada se asocian con una mayor vulnerabilidad al insomnio. El sueño interrumpido y el insomnio muestran una disposición familiar. Treinta y cinco por ciento a setenta por ciento de las personas con trastorno de insomnio informan que uno o más familiares de primer grado (más comúnmente, la madre) tienen antecedentes de insomnio. La heredabilidad puede ser más alta para el trastorno de insomnio sin comorbilidades. La prevalencia del insomnio es mayor entre los gemelos monocigóticos en relación con los gemelos dicigóticos; también es mayor en familiares de primer grado en comparación con la población general. Sigue sin determinarse hasta qué punto este vínculo se hereda a través de una predisposición genética, se aprende mediante la observación de modelos parentales o se establece como un subproducto de otra psicopatología, aunque la reactividad del sueño al estrés parece desempeñar algún papel.

Modificadores de curso. Los modificadores de curso nocivos incluyen malas prácticas de higiene del sueño (p. ej., uso excesivo de cafeína, horarios de sueño irregulares).

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

El insomnio es una experiencia humana universal. La identificación del insomnio como un problema, los modelos explicativos de la condición y las opciones de búsqueda de ayuda asociadas se ven afectados por la cultura. El insomnio puede entenderse como una parte normal del envejecimiento o de la respuesta al estrés, lo que conduce a una baja búsqueda de ayuda o a sobrelevar la situación a través del apoyo social y actividades tradicionales como la oración. Los modelos explicativos del insomnio varían mucho, incluidas las atribuciones al efecto del medio ambiente (p. ej., la humedad) y los procesos corporales (p. ej., circulación sanguínea deficiente, calor interno), entre otros, y pueden estar asociados con la búsqueda de tratamiento no biomédico.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El primer inicio en las mujeres a menudo se asocia con el nacimiento de un nuevo hijo o con la menopausia. A pesar de una mayor prevalencia entre las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, los estudios polisomnográficos sugieren una mejor preservación de la continuidad del sueño y del sueño de ondas lentas en las mujeres mayores que en los hombres mayores.

Marcadores de diagnóstico

La polisomnografía generalmente muestra deficiencias en la continuidad del sueño (p. ej., mayor latencia del sueño y tiempo despierto después del inicio del sueño y disminución de la eficiencia del sueño [porcentaje de tiempo

415

en la cama dormido]) y puede mostrar un aumento en la etapa 1 del sueño y una disminución en la etapa 3 del sueño. La gravedad de estos trastornos del sueño no siempre coincide con la presentación clínica del individuo o la queja subjetiva de falta de sueño, ya que las personas con insomnio a menudo subestiman la duración del sueño y sobreestiman la vigilia en relación con la polisomnografía. Los análisis electroencefalográficos cuantitativos pueden indicar que las personas con insomnio tienen una mayor potencia de electroencefalografía de alta frecuencia en relación con los que duermen bien, tanto alrededor del período de inicio del sueño como durante el sueño sin movimientos oculares rápidos, aunque los hallazgos varían según la edad y el género. Esta característica es consistente con un aumento de la excitación cortical.

Los estudios de neuroimagen han sugerido una función cerebral regional alterada

consistente con hiperexcitación en el insomnio, aunque la interpretación de estos hallazgos es compleja. Las personas con trastorno de insomnio pueden tener una menor propensión al sueño y, por lo general, no muestran una mayor somnolencia diurna en las medidas objetivas de laboratorio del sueño en comparación con las personas sin trastornos del sueño.

Otras medidas de laboratorio muestran evidencia, aunque no de manera consistente, de un aumento de la excitación y una activación generalizada del eje hipotálamo pituitario-suprarrenal (p. ej., aumento de los niveles de cortisol, variabilidad de la frecuencia cardíaca, reactividad al estrés, aumento de la tasa metabólica). En general, los hallazgos son consistentes con la hipótesis de que el aumento de la excitación fisiológica y cognitiva juega un papel importante en el trastorno de insomnio.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El síntoma del insomnio ha sido identificado como un factor de riesgo independiente para pensamientos y conductas suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno de insomnio Pueden desarrollarse problemas interpersonales, sociales y ocupacionales como resultado del insomnio o preocupación excesiva por el sueño, aumento de la irritabilidad diurna y falta de concentración. La disminución de la atención y la concentración son comunes y pueden estar relacionadas con tasas más altas de accidentes observados en personas con insomnio. El insomnio persistente también se asocia con consecuencias a largo plazo, que incluyen un riesgo dos veces mayor o mayor de un nuevo trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancias.

Los síntomas del insomnio también pueden ser un factor de riesgo de recaída del trastorno depresivo mayor. El insomnio, especialmente cuando la duración del sueño es corta (< 6 horas) demostrada objetivamente, es un factor de riesgo importante para numerosas enfermedades cardiovasculares, como hipertensión, enfermedad de las arterias coronarias/infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad cerebrovascular. El aumento del ausentismo y la reducción de la productividad en el trabajo, la reducción de la calidad de vida y el aumento de la carga económica también son consecuencias funcionales significativas del trastorno de insomnio.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales del sueño.

La duración normal del sueño varía considerablemente entre las personas. Algunas personas que necesitan dormir poco ("personas que duermen poco") pueden estar preocupadas por la duración de su sueño. Las personas que duermen poco se diferencian de las personas con insomnio por la falta de dificultad para conciliar o mantener el sueño y por la ausencia de los síntomas diurnos característicos (p. ej., fatiga, problemas de concentración, irritabilidad). Sin embargo, algunas personas que duermen poco pueden desear o intentar dormir durante un período de tiempo más largo y, al prolongar el tiempo en la cama, pueden crear un patrón de sueño similar al insomnio. El insomnio clínico también debe distinguirse de los cambios de sueño normales relacionados con la edad. El insomnio también debe distinguirse de la privación del sueño atribuible a una oportunidad o circunstancia inadecuada para dormir como resultado, por ejemplo, de una emergencia o de obligaciones profesionales o familiares que obligan al individuo a permanecer despierto.

Insomnio situacional/agudo. *El insomnio situacional/agudo* es una afección que dura de unos días a varias semanas, a menudo asociada con estrés agudo debido a eventos de la vida o a cambios en la

416

horarios de sueño. Estos síntomas de insomnio agudo o de corta duración también pueden producir una angustia significativa e interferir con el funcionamiento social, personal y laboral. Cuando tales síntomas son lo suficientemente frecuentes y cumplen con todos los demás criterios excepto la duración de 3 meses, se realiza un diagnóstico de otro trastorno de insomnio especificado o trastorno de insomnio no especificado. Si bien el trastorno a menudo remite con la disminución del estrés o el ajuste al cambio en el horario de sueño, algunas personas desarrollarán patrones de pensamiento y comportamiento desadaptativos que darán como resultado el desarrollo de un trastorno de insomnio crónico.

Fase de sueño retrasada y tipos de trabajo por turnos del trastorno del sueño-vigilia del ritmo circadiano. Las personas con el tipo de fase de sueño retrasada del trastorno del ritmo circadiano del sueño y la vigilia informan insomnio al inicio del sueño solo cuando intentan dormir en momentos socialmente normales, pero no informan dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido cuando sus horas de acostarse y levantarse se retrasan y coinciden con su ritmo circadiano endógeno. Este patrón se observa particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes. El tipo de trabajo por turnos difiere del trastorno de insomnio por la historia del trabajo por turnos reciente.

Síndrome de piernas inquietas. El síndrome de piernas inquietas a menudo produce dificultades para iniciar y mantener el sueño. Sin embargo, la urgencia de mover las piernas y cualquier sensación desagradable en las piernas que lo acompañe son características que diferencian este trastorno del trastorno del insomnio.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. La mayoría de las personas con un trastorno del sueño relacionado con la respiración tienen antecedentes de ronquidos fuertes, pausas en la respiración durante el sueño y somnolencia diurna excesiva. No obstante, hasta el 50 % de las personas con apnea del sueño también pueden informar síntomas de insomnio, una característica que es más común entre las mujeres y los adultos mayores.

Narcolepsia. La narcolepsia puede causar quejas de insomnio, pero se distingue del trastorno de insomnio por el predominio de síntomas de somnolencia diurna excesiva, cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones relacionadas con el sueño.

Parasomnias. Las parasomnias se caracterizan por una queja de comportamiento o eventos inusuales durante el sueño que pueden provocar despertares intermitentes y dificultad para reanudar el sueño. Sin embargo, son estos eventos conductuales, más que el insomnio por se, los que dominan el cuadro clínico.

Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo insomnio. El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo insomnio, se distingue del trastorno de insomnio por el hecho de que se considera que una sustancia (es decir, una droga de abuso, un medicamento o la exposición a una toxina) está etiológicamente relacionada con el insomnio (consulte “Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos” más adelante en este capítulo). Por ejemplo, el insomnio que ocurre solo en el contexto de un consumo excesivo de café se diagnosticaría como un trastorno del sueño inducido por cafeína, tipo insomnio, que aparece durante la intoxicación.

Comorbilidad El

insomnio es una comorbilidad común de muchas afecciones médicas, incluidas, entre otras, el cáncer, la diabetes, la cardiopatía coronaria, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la artritis, la fibromialgia, otras afecciones dolorosas crónicas, las enfermedades cerebrales degenerativas y las lesiones cerebrales traumáticas. La relación de riesgo parece ser bidireccional: el insomnio aumenta el riesgo de muchas de estas afecciones médicas y los problemas médicos aumentan el riesgo de insomnio. La dirección de la relación no siempre es clara y puede

cambian con el tiempo; por esta razón, el insomnio comórbido es la terminología preferida cuando el insomnio coexiste con otra afección médica (o trastorno mental). El insomnio también coexiste con muchos otros trastornos del sueño. Aproximadamente una de cada siete personas con trastorno de insomnio tiene apnea obstructiva del sueño de moderada a grave. Las tasas de quejas de insomnio entre las personas con narcolepsia se estiman en alrededor del 50%.

417

Las personas con trastorno de insomnio con frecuencia tienen un trastorno mental comórbido, en particular trastornos bipolares, depresivos y de ansiedad. El insomnio persistente representa un factor de riesgo o un síntoma temprano de trastornos bipolares, depresivos, de ansiedad y por uso de sustancias posteriores. Las personas con insomnio pueden abusar de medicamentos o alcohol para ayudar con el sueño nocturno, ansiolíticos para combatir la tensión o la ansiedad y cafeína u otros estimulantes para combatir la fatiga excesiva durante el día. Además de empeorar el insomnio, este tipo de uso de sustancias puede en algunos casos progresar a un trastorno por uso de sustancias.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición (ICSD-3), reconoce tres diagnósticos de insomnio: **trastorno de insomnio crónico, trastorno de insomnio a corto plazo y otros trastornos de insomnio**. El trastorno de insomnio DSM-5 y el trastorno de insomnio crónico ICSD-3 son muy parecidos entre sí con respecto a los criterios de síntomas, duración y frecuencia; sin embargo, a diferencia del DSM-5, ICSD-3 no incluye una designación separada para el trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo insomnio.

Trastorno de hipersomnolencia

Criterios de diagnóstico

F51.11

- A. Somnolencia excesiva autoinformada (hipersomnolencia) a pesar de un período de sueño principal que dura al menos 7 horas, con al menos uno de los siguientes síntomas:
1. Períodos recurrentes de sueño o lapsos de sueño dentro del mismo día.
 2. Un episodio de sueño principal prolongado de más de 9 horas por día que no es reparador (es decir, no reparador).
 3. Dificultad para estar completamente despierto después de un despertar repentino.
- B. La hipersomnolencia ocurre al menos tres veces por semana, durante al menos 3 meses.
- C. La hipersomnolencia se acompaña de malestar significativo o deterioro cognitivo, social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
- D. La hipersomnolencia no se explica mejor y no ocurre exclusivamente durante el curso de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano del sueño y la vigilia o una parasomnia).
- E. La hipersomnolencia no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).
- F. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican adecuadamente la queja predominante de hipersomnolencia.

Especifique

si: **Con trastorno mental**, incluidos los trastornos por consumo de sustancias **Con afección médica**

Con otro trastorno del sueño Nota

de codificación: el código F51.11 se aplica a los tres especificadores. Codifique también el trastorno mental asociado pertinente, la condición médica u otro trastorno del sueño inmediatamente después del código de trastorno de hipersomnolencia para indicar la asociación.

Especificación si:

Agudo: Duración de menos de 1 mes.

Subaguda: Duración de 1 a 3 meses.

Persistente: Duración de más de 3 meses.

418

Especifique la gravedad actual:

especifique la gravedad en función del grado de dificultad para mantener el estado de alerta durante el día, manifestado por la aparición de múltiples ataques de somnolencia irresistible en un día dado, por ejemplo, mientras se encuentra sedentario, conduciendo, visitando amigos o trabajando.

Leve: Dificultad para mantener el estado de alerta durante el día 1 o 2 días a la semana.

Moderado: Dificultad para mantener el estado de alerta durante el día 3 o 4 días a la semana.

Severo: Dificultad para mantener el estado de alerta durante el día 5 a 7 días a la semana.

Procedimientos de registro Los

especificadores “con trastorno mental, incluidos los trastornos por consumo de sustancias”; “con condición médica”; y “con otro trastorno del sueño” están disponibles para permitir que el médico observe comorbilidades clínicamente relevantes. En tales casos, registre F51.11 trastorno de hipersomnolencia, con [nombre de la(s) condición(es) o trastorno(s) comórbido(s)] seguido del código(s) de diagnóstico para las condiciones o trastornos comórbidos (p. ej., F51.11 trastorno de hipersomnolencia, con trastorno depresivo mayor; F33.1 trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado).

Características diagnósticas El

trastorno de hipersomnolencia incluye síntomas de cantidad excesiva de sueño (p. ej., sueño nocturno prolongado o siestas largas), somnolencia e **inercia del sueño** (es decir, un período de deterioro del rendimiento y reducción de la vigilancia después de despertarse del episodio normal de sueño o de una siesta)

(Criterio A). Las personas con este trastorno generalmente se duermen rápidamente.

y tener una buena eficiencia del sueño (> 90%). Las personas suelen sentir que la somnolencia se desarrolla durante un período de tiempo, en lugar de experimentar un "ataque" repentino de sueño. Los episodios de sueño no intencionales suelen ocurrir en situaciones sedentarias (p. ej., mientras asiste a conferencias, lee, mira televisión o conduce largas distancias), pero en casos más graves pueden manifestarse en situaciones de mucha atención, como en el trabajo, en reuniones o en eventos sociales. La necesidad persistente de dormir puede conducir a un comportamiento automático (generalmente de tipo muy rutinario y de baja complejidad) que el individuo lleva a cabo con poco o ningún recuerdo posterior. Por ejemplo, las personas pueden encontrarse conduciendo varias millas desde donde pensaban que estaban, sin darse cuenta de la conducción "automática" que hicieron en los minutos anteriores.

Alrededor del 40% de las personas con trastorno de hipersomnolencia pueden tener inercia del sueño (también conocida como "ebriedad del sueño"), y este síntoma puede ayudar a diferenciar el trastorno de hipersomnolencia de otras causas de somnolencia. Pueden tener dificultad para despertarse por la mañana, a veces pareciendo confusos, combativos o atáxicos. Las personas pueden programar múltiples despertadores o depender de otros para que los ayuden a levantarse de la cama. La inercia del sueño también puede ocurrir al despertar de una siesta diurna. Durante ese período, el individuo parece despierto, pero la coordinación motora está alterada, el comportamiento puede ser inapropiado y pueden ocurrir déficits de memoria, desorientación en el tiempo y el espacio y sentimientos de aturdimiento. Este período puede durar algunos minutos u horas.

Para algunas personas con trastorno de hipersomnolencia, el episodio principal de sueño (para la mayoría de las personas, el sueño nocturno) tiene una duración de 9 horas o más. En los casos más extremos, los episodios de sueño pueden durar hasta 20 horas. Sin embargo, el sueño a menudo no es reparador y va seguido de dificultad para despertarse por la mañana. Para otros individuos con trastorno de hipersomnolencia, el episodio de sueño principal es de una duración normal del sueño nocturno (7 a 9 horas) y toman siestas diurnas relativamente largas (> 1 hora) que no mejoran el estado de alerta. La mayoría de las personas con trastorno de hipersomnolencia toman siestas durante el día casi todos los días, independientemente de la duración del sueño nocturno. Si bien muchas personas con hipersomnolencia pueden reducir su tiempo de sueño durante los días laborales, el sueño de fin de semana y vacaciones aumenta considerablemente (hasta 3 horas).

Funciones asociadas

Aproximadamente el 80% de las personas con trastorno de hipersomnolencia informan que su sueño no es reparador, pero este síntoma no es específico y puede ocurrir con trastornos que interrumpen el sueño, como la apnea obstructiva del sueño.

Las siestas suelen ser largas (> 1 hora) y poco reparadoras. Las siestas cortas (es decir, con una duración de < 30 minutos) a menudo no son refrescantes. Las personas con hipersomnolencia a menudo parecen somnolientas e incluso pueden quedarse dormidas en la sala de espera del médico.

Un subgrupo de personas con trastorno de hipersomnolencia tiene antecedentes familiares de hipersomnolencia y también síntomas de disfunción del sistema nervioso autónomo, incluidos dolores de cabeza de tipo vascular recurrentes, reactividad del sistema vascular periférico (fenómeno de Raynaud) y desmayos.

Predominio

Aproximadamente del 5% al 10% de las personas en los Estados Unidos que consultan en clínicas de trastornos del sueño con quejas de somnolencia diurna son diagnosticadas con trastorno de hipersomnolencia. Se estima que alrededor del 1% de la población general europea y estadounidense tiene episodios de inercia del sueño.

La hipersomnolencia ocurre con una frecuencia relativamente igual en hombres y mujeres.

Desarrollo y curso El trastorno de

hipersomnia suele comenzar en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana, con una edad media de inicio de 17 a 24 años y una progresión gradual durante semanas o meses. Se sabe poco de la historia natural, pero para la mayoría de las personas, los síntomas son persistentes y estables, a menos que se inicie un tratamiento. La remisión espontánea ocurre en alrededor del 11% al 25% de las personas después de 5 a 7 años. Las personas con trastorno de hipersomnolencia son diagnosticadas, en promedio, 10 a 15 años después de la aparición de los primeros síntomas. Los casos pediátricos son raros. El desarrollo de otros trastornos del sueño (p. ej., trastornos del sueño relacionados con la respiración) puede empeorar el grado de somnolencia.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental.

La hipersomnolencia puede aumentar temporalmente por el estrés psicológico y el consumo de alcohol, pero no se han documentado como factores ambientales precipitantes. Se ha informado que las infecciones virales precedieron o acompañaron a la hipersomnolencia en alrededor del 10% de los casos. La hipersomnolencia es común en los meses posteriores a la lesión cerebral traumática.

Genético y fisiológico. La hipersomnolencia puede ser familiar, con un modo de herencia autosómico dominante.

Marcadores de diagnóstico

La polisomnografía nocturna demuestra una duración del sueño de normal a prolongada, una latencia de sueño breve y una continuidad del sueño de normal a aumentada. La distribución nocturna del sueño de movimientos oculares rápidos (REM) también es normal. La eficiencia del sueño suele ser > 90 %. La prueba de latencia múltiple del sueño documenta la tendencia del sueño, típicamente indicada por valores medios de latencia del sueño de < 8 minutos. En el trastorno de hipersomnolencia, la latencia media del sueño suele ser < 10 minutos y, con frecuencia, 8 minutos o menos. Los períodos REM al inicio del sueño (es decir, la ocurrencia del sueño REM dentro de los 20 minutos del inicio del sueño) pueden estar presentes pero ocurren con poca frecuencia. Desafortunadamente, la prueba de latencia múltiple del sueño tiene poca confiabilidad test-retest y no distingue bien entre el trastorno de hipersomnolencia y la narcolepsia tipo 2.

420

Un diario de sueño de 2 semanas puede ayudar a documentar la cantidad y el tiempo de sueño, y la actigrafía proporciona datos más precisos sobre los patrones de sueño habituales. En un protocolo de reposo en cama de 32 horas en el que se animó a los sujetos a dormir a voluntad, los individuos con trastorno de hipersomnolencia durmieron > 4 horas más que los sujetos de control.

Consecuencias funcionales del trastorno de hipersomnolencia El bajo nivel de alerta que ocurre mientras un individuo lucha contra la necesidad de dormir puede conducir a una reducción de la eficiencia, disminución de la concentración y mala memoria durante las actividades diurnas. La hipersomnolencia puede conducir a una angustia y disfunción significativas en el trabajo y las relaciones sociales. El sueño nocturno prolongado y la dificultad para despertar pueden resultar en dificultad para reunirse

obligaciones matutinas, como llegar a tiempo al trabajo. Los episodios de sueño diurno no intencionales pueden ser vergonzosos e incluso peligrosos si, por ejemplo, el individuo está conduciendo u operando maquinaria cuando el episodio ocurre.

Diagnóstico diferencial

Variación normativa en el sueño. La duración del sueño “normal” varía considerablemente en la población general. Las personas que duermen mucho tiempo (es decir, las personas que requieren una cantidad de sueño superior a la media) no tienen somnolencia excesiva, inercia del sueño o comportamiento automático cuando obtienen la cantidad necesaria de sueño nocturno. Se informa que el sueño es refrescante. Si las demandas sociales o laborales conducen a un sueño nocturno más corto, pueden aparecer síntomas diurnos. En el trastorno de hipersomnolencia, por el contrario, los síntomas de somnolencia excesiva ocurren independientemente de la duración del sueño nocturno.

Una cantidad inadecuada de sueño nocturno, o **el síndrome de sueño insuficiente inducido por el comportamiento**, puede producir síntomas de somnolencia diurna muy similares a los del trastorno de hipersomnolencia. Una duración promedio del sueño de menos de 7 horas por noche sugiere fuertemente un sueño nocturno inadecuado, sin embargo, en los Estados Unidos, el adulto promedio obtiene solo 6.75 horas de sueño en las noches típicas de la semana. Las personas con un sueño nocturno inadecuado suelen “ponerse al día” con duraciones de sueño más largas en los días en que están libres de demandas sociales u ocupacionales o en vacaciones. No se debe hacer un diagnóstico de trastorno de hipersomnolencia si hay dudas sobre la idoneidad de la duración del sueño nocturno. Una prueba diagnóstica y terapéutica de extensión del sueño durante 10 a 14 días a menudo puede aclarar el diagnóstico.

Narcolepsia. Al igual que en el trastorno de hipersomnolencia, las personas con narcolepsia tienen somnolencia crónica, pero varios hallazgos clínicos y de laboratorio ayudan a distinguir los trastornos. A diferencia de las personas con trastorno de hipersomnolencia, las personas con narcolepsia tienden a dormir de 7 a 8 horas cada día y, en general, se sienten descansadas al despertar por la mañana. Las personas con narcolepsia generalmente se sienten más alertas después de una siesta de 15 a 20 minutos, mientras que las personas con trastorno de hipersomnolencia tienden a tomar siestas más largas, tienen problemas para despertarse y no se sienten alertas después. Las personas con narcolepsia también tienen cantidades variables de cataplejía, hipnagógica

alucinaciones, parálisis del sueño y sueño nocturno fragmentado, mientras que la cataplejía nunca ocurre en el trastorno de hipersomnolencia y los demás síntomas son poco comunes. La prueba de latencia múltiple del sueño generalmente muestra más de dos períodos REM de inicio del sueño en la narcolepsia.

Fatiga como síntoma de otro trastorno mental o condición médica.

El trastorno

de hipersomnia se debe distinguir del cansancio relacionado con la fatiga que puede ser un síntoma de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada) o afección médica (p. ej., síndrome de fatiga crónica). A diferencia de la hipersomnolencia, el cansancio no se alivia necesariamente con el aumento del sueño y no está relacionado con la cantidad o la calidad del sueño.

421

Trastornos del sueño relacionados con la respiración.

La somnolencia crónica es común en los trastornos del sueño relacionados con la respiración. Las personas con hipersomnolencia y trastornos del sueño relacionados con la respiración pueden tener patrones similares de somnolencia excesiva. Los trastornos del sueño relacionados con la respiración se sugieren por antecedentes de ronquidos fuertes, pausas en la respiración durante el sueño y sueño no reparador. El examen a menudo revela obesidad, una vía aérea pequeña y un diámetro de cuello grande. La hipertensión es común y algunas personas pueden mostrar signos de insuficiencia cardíaca. Los estudios polisomnográficos pueden confirmar la presencia de episodios de apnea en el trastorno del sueño relacionado con la respiración (y su ausencia en el trastorno de hipersomnia).

Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia.

A diferencia de las personas con trastorno de hipersomnolencia, las personas con subtipos específicos de trastorno del sueño-vigilia del ritmo circadiano muestran patrones temporales específicos de síntomas.

Por ejemplo, las personas con el tipo de fase de sueño retrasada a menudo tienen inercia del sueño y somnolencia por la mañana y se sienten más alertas por la tarde y la noche, y habitualmente se acuestan tarde. Por el contrario, aquellos con un tipo de fase de sueño avanzada se vuelven somnolientos y se acuestan temprano en la noche, pero están alertas y se despiertan fácilmente temprano en la mañana.

Parasomnias.

Las parasomnias como los trastornos del despertar del sueño no REM (sonambulismo/terrores del sueño) o el trastorno de la conducta del sueño REM rara vez producen el sueño nocturno prolongado y sin interrupciones o la somnolencia diurna característica del trastorno de hipersomnia. Sin embargo, parasomnias como

el trastorno de pesadillas, que puede resultar en una reducción significativa del tiempo total de sueño, posiblemente se manifieste con somnolencia diurna.

Hipersomnolencia en otros trastornos mentales y condiciones médicas El trastorno de hipersomnolencia debe distinguirse de la hipersomnolencia que se produce como síntoma de otro trastorno mental (p. ej., episodio depresivo mayor, especialmente episodios con características atípicas) o afección médica (p. ej., ciertos tipos de cáncer, esclerosis múltiple). Si la queja predominante de somnolencia excesiva se explica adecuadamente por otro trastorno mental o afección médica, no se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de hipersomnolencia. Sin embargo, si la hipersomnolencia no se explica adecuadamente por un trastorno mental o una afección médica comórbida (p. ej., la gravedad y la naturaleza de la hipersomnolencia superan con creces lo que se esperaría con el trastorno mental o la afección médica), se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de hipersomnolencia. .

Comorbilidad

Muchas personas con trastorno de hipersomnolencia tienen síntomas de depresión que pueden cumplir los criterios de un trastorno depresivo. Esta presentación puede estar relacionada con las consecuencias psicosociales del aumento persistente de la necesidad de dormir. Más de la mitad de las personas con trastorno de hipersomnolencia tienen síntomas de trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Las personas con trastorno de hipersomnolencia también corren el riesgo de sufrir trastornos relacionados con sustancias, en particular relacionados con la automedicación con estimulantes. Esta falta general de especificidad puede contribuir a perfiles muy heterogéneos entre individuos cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos del trastorno de hipersomnia. Las condiciones neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la atrofia multisistémica, también pueden estar asociadas con la hipersomnolencia.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición (ICSD-3), diferencia nueve subtipos de "trastornos centrales de hipersomnolencia", incluidos los trastornos no cubiertos en el DSM, como el síndrome de Kleine-Levin

(episodios recurrentes de hipersomnia), hipersomnia debida a una afección médica/neurológica o al consumo de sustancias, y síndrome de sueño insuficiente.

422

narcolepsia

Criterios de diagnóstico

- A. Períodos recurrentes de una necesidad incontrolable de dormir, lapsos de sueño o siestas que ocurren dentro del mismo día. Estos deben haber estado ocurriendo al menos tres veces por semana durante los últimos 3 meses.
- B. La presencia de al menos uno de los siguientes:
 1. Episodios de cataplejía, definidos como (a) o (b),
Ocurriendo al menos unas pocas veces al mes:
 - a. En individuos con enfermedad de larga evolución, episodios breves (de segundos a minutos) de pérdida repentina bilateral del tono muscular con mantenimiento de la conciencia que son precipitados por risas o bromas.
 - b. En niños o en individuos dentro de los 6 meses posteriores al inicio, muecas espontáneas o episodios de apertura de la mandíbula con sacado de la lengua o hipotonía global, sin desencadenantes emocionales evidentes.
 2. Deficiencia de hipocretina, medida usando valores de inmunorreactividad de hipocretina-1 en líquido cefalorraquídeo (LCR) (menor o igual a un tercio de los valores obtenidos en sujetos sanos analizados usando el mismo ensayo, o menor o igual a 110 pg/mL). Los niveles bajos de hipocretina-1 en el LCR no deben observarse en el contexto de una lesión cerebral aguda, inflamación o infección.

3. Polisomnografía nocturna del sueño que muestre una latencia del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) inferior o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia múltiple del sueño que muestre una latencia media del sueño inferior o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM de inicio del sueño.

Especificar si:

G47.411 Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina (tipo 1): se cumple el Criterio B1 (episodios de cataplejía) o el Criterio B2 (niveles bajos de hipocretina-1 en LCR).

G47.419 Narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida (tipo 2): se cumple el Criterio B3 (prueba de latencia múltiple/polisomnografía positiva), pero no se cumple el Criterio B1 (es decir, no hay cataplejía) y el Criterio B2 no se cumple (es decir, los niveles de hipocretina-1 en LCR no son bajos o no se han medido).

G47.421 Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina debida a una afección médica G47.429 Narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina debida a una afección médica

Nota de codificación: para el subtipo narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina debida a una afección médica y el subtipo narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina debida a una afección médica, codifique primero la afección médica subyacente (p. ej., G71.11 distrofia miotónica; G47.429 narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina debida a distrofia miotónica).

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** Necesidad de siestas solo una o dos veces al día. La alteración del sueño, si está presente, es leve. La cataplejía, cuando está presente, es poco frecuente (ocurre menos de una vez por semana).

Moderado: Necesidad de múltiples siestas diarias. El sueño puede ser moderadamente perturbado. La cataplejía, cuando está presente, ocurre diariamente o cada pocos días.

Grave: somnolencia casi constante y, a menudo, sueño nocturno muy perturbado (que puede incluir movimientos corporales excesivos y sueños vívidos). La cataplejía, cuando está presente, es resistente a los medicamentos, con múltiples ataques diarios.

Subtipos Un

diagnóstico de narcolepsia, tipo 1 (NT1; es decir, con cataplejía o deficiencia de hipocretina) se basa con mayor frecuencia en la presencia de somnolencia recurrente y cataplejía (dados el uso limitado de determinaciones de hipocretina en líquido cefalorraquídeo [LCR]). Sin embargo, la cataplejía puede surgir años después del inicio de la somnolencia. Por lo tanto, a algunas personas se les puede asignar inicialmente un diagnóstico de narcolepsia, tipo 2 (NT2; es decir, sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina o con hipocretina no medida), en base a somnolencia y hallazgos positivos en la prueba de latencia múltiple del sueño (MSLT), solo para ser reasignado a un diagnóstico de NT1 luego de la aparición de cataplejía. La NT1 establecida por la demostración de niveles bajos de hipocretina en LCR puede manifestarse sin evidencia de cataplejía clara. Deben descartarse otras explicaciones para la somnolencia diurna excesiva (p. ej., privación del sueño, trabajo por turnos, otros trastornos del sueño) y episodios de pérdida repentina del tono muscular (p. ej., convulsiones, caídas de otro origen, trastorno de síntomas neurológicos funcionales [trastorno de conversión]). La NT2 se establece sobre la base de la somnolencia crónica y los hallazgos característicos de la polisomnografía del sueño nocturno (p. ej., latencia del sueño REM corta) o hallazgos de la MSLT que muestran una latencia media del sueño corta y dos o más períodos REM de inicio del sueño (SOREMP).

NT1 y NT2 pueden resultar de otras condiciones neurológicas, infecciosas, metabólicas y genéticas. Los trastornos hereditarios, los tumores y los traumatismos craneales son las causas más frecuentes de narcolepsia secundaria. En otros casos, la destrucción de las neuronas hipocretinas puede ser secundaria a un traumatismo o a una cirugía hipotalámica. Sin embargo, los traumatismos craneoencefálicos o las infecciones del sistema nervioso central pueden producir disminuciones transitorias de las concentraciones de hipocretina-1 en el LCR sin pérdida de células de hipocretina, lo que complica el diagnóstico.

Otras etiologías incluyen lesiones inflamatorias debidas a esclerosis múltiple y encefalomielitis aguda diseminada, trastornos vasculares como

accidente cerebrovascular y encefalitis. La ataxia, sordera y narcolepsia cerebelosa autosómica dominante, o ADCA DN, es un trastorno degenerativo familiar debido a mutaciones sin sentido del gen de la ADN metiltransferasa (DNMT1).

La cataplejía con cierto grado de somnolencia puede ser causada por otras afecciones neurológicas, como el síndrome de Prader-Willi, la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, el síndrome de Möbius y la enfermedad de Norrie. También se ha informado deficiencia de hipocretina en la enfermedad de Parkinson. Se ha informado una fisiología similar a NT2 en la distrofia miotónica y el síndrome de Prader-Willi.

Características diagnósticas

Las características esenciales de la narcolepsia son siestas diurnas recurrentes o lapsos de sueño que ocurren típicamente a diario pero que deben ocurrir al menos tres veces por semana durante al menos 3 meses (Criterio A), y están acompañadas por uno o más de los siguientes: siguientes: cataplejía (Criterio B1), deficiencia de hipocretina (Criterio B2) o anomalías características en un polisomnograma nocturno o en el MSLT (Criterio B3). En la mayoría de las personas con NT1, el primer síntoma que se manifiesta es somnolencia o aumento de la necesidad de dormir, seguido de cataplejía. La somnolencia es peor en circunstancias sedentarias y por lo general se alivia con siestas breves (10 a 20 minutos).

La NT1 generalmente se manifiesta con **cataplejía**, por lo general episodios breves (de segundos a 2 minutos) de pérdida repentina y bilateral del tono muscular precipitada por las emociones. Una gama de emociones positivas puede desencadenar la cataplejía, incluidas las asociadas con la risa, la anticipación o la sorpresa.

Con menos frecuencia, la cataplejía puede desencadenarse por emociones negativas como la ira y la vergüenza. Los músculos afectados incluyen los del cuello, la mandíbula, los brazos, las piernas o todo el cuerpo, lo que provoca que la cabeza se mueva, se caiga la mandíbula o se caiga por completo. Las personas están despiertas y conscientes durante la cataplejía. La cataplejía no debe confundirse con la "debilidad" que ocurre en

el contexto de actividades deportivas (fisiológico) o exclusivamente después de desencadenantes emocionales inusuales como el estrés o la ansiedad (que sugieren una posible psicopatología).

En niños y rara vez en adultos con inicio agudo de síntomas de NT1, la cataplejía puede manifestarse como hipotonía continua en lugar de episodios episódicos de debilidad desencadenados por emociones fuertes. Esta hipotonía continua puede provocar inestabilidad en la marcha, ptosis y mandíbula floja. Superpuesto a esta debilidad muscular, algunas personas pueden mostrar fenómenos como la protrusión de la lengua y las muecas. Esta cataplejía estática es más común dentro de los 6 meses de un inicio rápido.

La NT1 es causada por la pérdida de neuronas hipotalámicas que producen los neuropéptidos de hipocretina (orexina), y los niveles de hipocretina en el LCR suelen ser menos de un tercio de los valores de control (< 110 pg/mL en la mayoría de los laboratorios).

Se ha demostrado que las personas con cataplejía tienen niveles bajos de hipocretina en LCR en 85 a 90% de los casos. Por el contrario, la mayoría de las personas con NT2 tienen niveles normales o intermedios de hipocretina en LCR. Por lo tanto, la deficiencia de hipocretina es una prueba diagnóstica suficiente para NT1 (Criterio B2). Si se mide hipocretina en el LCR y no es baja, el diagnóstico de NT2 se basa en los síntomas clínicos (Criterio A) y los datos del estudio del sueño descritos en el Criterio B3.

Un polisomnograma nocturno seguido de una MSLT es el método convencional para confirmar el diagnóstico tanto de NT1 (si la prueba de hipocretina no está disponible o no es factible) como de NT2 (Criterio B3). Estas pruebas se deben realizar después de que el individuo haya suspendido todos los medicamentos psicotrópicos (durante un tiempo basado en la vida media de eliminación) y obtenido un tiempo de sueño adecuado en un horario normal de sueño y vigilia (según lo documentado con diarios de sueño o, preferiblemente, actigrafía), idealmente por 2 semanas. En particular, la interrupción abrupta de los antidepresivos, los medicamentos agonistas adrenérgicos y/o los estimulantes, o el uso de estos medicamentos durante las pruebas, puede alterar la fisiología del sueño REM.

El resultado de MSLT debe ser positivo para un diagnóstico de NT2, mostrando una latencia de sueño media de ≥ 8 minutos más al menos dos SOREMP; específicamente, el sueño REM debe ocurrir en al menos dos de las cinco oportunidades de siesta.

Alternativamente, un período REM de inicio del sueño nocturno (nSOREMP; latencia de inicio del sueño REM ≥ 15 minutos) durante la polisomnografía es suficiente para confirmar el diagnóstico y cumple el Criterio B3. Un nSOREMP es altamente específico para NT1 (95% a 97%) pero solo moderadamente sensible (54% a 57%).

Los resultados falsos positivos de SOREMP pueden ocurrir con el trabajo por turnos, los trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, la apnea obstructiva del sueño grave, los efectos de los medicamentos y el trastorno del sueño insuficiente.

El polisomnograma nocturno y la MSLT tienen limitaciones diagnósticas, especialmente en NT2. Si bien la confiabilidad de las pruebas de diagnóstico de MSLT es relativamente alta, del 85% al 95% para NT1, la confiabilidad para el diagnóstico de NT2 es más pobre. La fiabilidad test retest puede ser < 50%. Esta poca confiabilidad puede deberse a la variabilidad diaria en la fisiología de NT2 y los aspectos técnicos del polisomnograma y las pruebas de MSLT, especialmente la atención inadecuada a la hora/horario previo de sueño y al uso de medicamentos/drogas.

Niveles normales o intermedios de hipocretina en LCR entre individuos con Los síntomas de cataplejía pueden disminuir a niveles indetectables con el tiempo.

Funciones asociadas

Cuando la somnolencia es severa, pueden ocurrir comportamientos automáticos, con el individuo continuando sus actividades de manera semiautomática, como una neblina, sin memoria ni conciencia. Aproximadamente del 20% al 60% de las personas experimentan alucinaciones hipnagógicas vívidas antes o después de quedarse dormidos o alucinaciones hipnopómicas justo después de despertarse. Estas alucinaciones suelen ser visuales o auditivas y, a veces, táctiles. Son distintos de la mentalidad onírica no alucinatoria menos vívida al comienzo del sueño que ocurre en personas con sueño normal.

Aproximadamente entre el 20 % y el 60 % de las personas afectadas experimentan parálisis del sueño al quedarse dormidos o despertarse, dejándolos despiertos pero sin poder moverse ni hablar. Sin embargo, muchas personas que duermen normalmente también reportan parálisis del sueño ocasional, especialmente con el estrés o el sueño.

425

privación. Las personas con narcolepsia pueden tener una variedad de síntomas de sueño nocturno, que incluyen sueño nocturno interrumpido (despertares breves y frecuentes), sueños vívidos y realistas, movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño y trastorno del comportamiento del sueño REM. Puede ocurrir alimentación nocturna. La obesidad es común. Los individuos pueden parecer soñolientos o quedarse dormidos en la sala de espera o durante el examen clínico. Durante la cataplejía, las personas pueden desplomarse en una silla y tener dificultad para hablar o párpados caídos. Si el médico puede verificar los reflejos durante la cataplejía (la mayoría de los ataques son < 10 segundos), los reflejos se anulan durante la cataplejía de todo el cuerpo, un hallazgo importante

distinguir la cataplejía genuina del trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión).

Aunque las pruebas de coeficiente intelectual son generalmente normales en personas con narcolepsia, se han informado deficiencias en la memoria de trabajo y el funcionamiento ejecutivo.

Predominio

La narcolepsia-cataplejía (NT1) afecta al 0,02 %-0,05 % de la población general adulta en todo el mundo y tiene una incidencia de 0,74 por 100 000 años-persona en los Estados Unidos. Se han informado algunas variaciones de prevalencia, incluidas tasas más bajas en Israel y tasas más altas en Japón que en Europa y los Estados Unidos. La verdadera prevalencia de NT2 se desconoce en parte debido a la variabilidad diagnóstica. La narcolepsia afecta a ambos sexos por igual, pero esto puede variar entre diferentes poblaciones.

El desarrollo y el inicio del curso

ocurren con mayor frecuencia en la niñez y la adolescencia o en la adultez temprana, pero rara vez en la vejez. La edad máxima de inicio es alrededor de los 15 a 25 años. El inicio puede ser repentino o progresivo, y la cataplejía se desarrolla a lo largo de los años. Se ha informado que los niños que presentan un inicio abrupto de los síntomas de NT1 tienen la mayor gravedad de la enfermedad, pero que la gravedad de la enfermedad en estos casos tiende a mejorar parcialmente en los primeros años después del inicio. El inicio abrupto en niños pequeños preadolescentes puede asociarse con obesidad y pubertad prematura. Alrededor del 50% de las personas con narcolepsia diagnosticadas en la edad adulta recuerdan el inicio de los síntomas en la infancia o la adolescencia, lo que destaca los problemas de retrasos en el diagnóstico de esta afección. Una vez que el trastorno se ha manifestado, el curso es persistente y de por vida.

En el 90% de los casos, el primer síntoma que se manifiesta es somnolencia o aumento del sueño, seguido de cataplejía (en el plazo de 1 año en el 50% de los casos, en el plazo de 3 años en el 85%). La somnolencia, las alucinaciones hipnagógicas, los sueños vívidos y el trastorno del comportamiento del sueño REM (vocalizaciones o comportamiento motor complejo durante el sueño REM) son síntomas tempranos. El sueño excesivo progresa rápidamente a la incapacidad de permanecer despierto durante el día y de mantener un buen sueño por la noche, sin un aumento claro en el tiempo total de sueño de 24 horas. En los primeros meses, la cataplejía puede ser atípica, especialmente en niños, manifestándose con una

hipotonía generalizada en lugar de debilidad episódica desencadenada emocionalmente. En general, los síntomas de la narcolepsia permanecen bastante estables, pero pueden fluctuar con los eventos de la vida, como el embarazo y los factores estresantes. Las exacerbaciones de los síntomas sugieren falta de cumplimiento con los medicamentos o el desarrollo de un trastorno del sueño concurrente, en particular apnea del sueño, que se ha identificado en aproximadamente una cuarta parte de las personas con narcolepsia.

Los niños pequeños y los adolescentes con narcolepsia a menudo desarrollan agresión o problemas de comportamiento como consecuencia de la somnolencia y/o la interrupción del sueño nocturno. La carga de trabajo y la presión social aumentan durante la escuela secundaria y la universidad, lo que reduce el tiempo disponible para dormir por la noche. El embarazo no parece modificar los síntomas de forma consistente. Después de la jubilación, las personas suelen tener más oportunidades para dormir la siesta, lo que reduce la necesidad de estimulantes. Mantener un horario regular beneficia a las personas de todas las edades.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Las personas con narcolepsia comúnmente informan que necesitan dormir más que otros miembros de la familia.

426

Ambiental. La infección de garganta por estreptococos del grupo A, la gripe (en particular, la pandemia H1N1 2009) u otras infecciones invernales, así como las vacunas (en concreto, la vacuna Pandemrix H1N1), pueden desencadenar un proceso autoinmune en algunas personas, produciendo narcolepsia unos meses después. El traumatismo craneoencefálico y los cambios abruptos en los patrones de sueño y vigilia (p. ej., cambios de trabajo, estrés) pueden ser desencadenantes adicionales.

Genético y fisiológico. Los gemelos monocigóticos tienen una concordancia de 25% a 32% para la narcolepsia. La prevalencia de narcolepsia es de 1% a 2% en familiares de primer grado (un aumento general de 10 a 40 veces). La narcolepsia está fuertemente asociada con HLA DQB1*06:02 (ver "Marcadores de diagnóstico"). DQB1*03:01 aumenta, mientras que DQB1*05:01, DQB1*06:01 y DQB1*06:03 reducen el riesgo en presencia de DQB1*06:02, pero el efecto es pequeño. Los polimorfismos dentro del gen alfa del receptor de células T y otros genes inmunomoduladores también modulan ligeramente el riesgo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La narcolepsia se ha descrito en muchos grupos etnoraciales y contextos culturales. Un estudio de 1097 personas que buscaban tratamiento sugirió que entre los afroamericanos, más casos pueden manifestarse sin cataplejía o con cataplejía atípica (aunque la hipocretina en el LCR es baja) y con un inicio más temprano en comparación con los blancos no latinos. El diagnóstico puede complicarse aún más por la mayor presencia de obesidad y apnea obstructiva del sueño en esta población, lo que puede estar relacionado con la exposición diferencial a los determinantes sociales de la salud, incluida la inseguridad alimentaria, los desiertos alimentarios y el acceso limitado a lugares seguros y asequibles para la actividad física. . Las personas con narcolepsia a menudo experimentan parálisis del sueño, que puede atribuirse a fuerzas sobrenaturales (p. ej., un espíritu aterrador se sienta en el pecho del durmiente) en algunos contextos culturales, lo que contribuye a la percepción de la peligrosidad de la afección y a las decisiones de búsqueda de ayuda.

Marcadores de diagnóstico

La polisomnografía nocturna seguida de una MSLT se usa para confirmar el diagnóstico de narcolepsia, especialmente cuando el trastorno se diagnostica por primera vez y antes de que comience el tratamiento. En presencia de cataplejía clara, la polisomnografía y la MSLT confirman la NT1. En ausencia de cataplejía y deficiencia de hipocretina (si se mide), la MSLT es diagnóstica de NT2. Los efectos de fármacos o medicamentos (p. ej., antidepresivos que inhiben el REM o medicamentos sedantes), la abstinencia de estimulantes, la privación previa del sueño, el trabajo por turnos o la depresión grave pueden generar un resultado de MSLT inexacto y deben descartarse antes de realizar el MSLT. En particular, el sueño crónicamente insuficiente es común y debe ser considerado.

Un nSOREMP es altamente específico (aproximadamente 1 % positivo en sujetos de control) pero moderadamente sensible (aproximadamente 50 %) para NT1. Por el contrario, solo se encontró un nSOREMP en el 10 % al 23 % de las personas NT2 con niveles normales de hipocretina, lo que sugiere una sensibilidad aún menor en este subtipo. El resultado de MSLT se considera positivo para narcolepsia si muestra una latencia de sueño promedio de \geq 8 minutos y SOREMP en dos o más siestas en una prueba de cuatro o cinco siestas. El resultado de la MSLT es positivo en el 90 % al 95 % de los individuos con NT1 frente al 2 % al 4 % de los sujetos de control o individuos con

otros trastornos del sueño. Como se señaló, la pobre confiabilidad test-retest para NT2 impide la determinación de datos comparables para NT2. Los hallazgos polisomnográficos adicionales entre las personas con narcolepsia a menudo incluyen despertares frecuentes, disminución de la eficiencia del sueño y aumento de la etapa 1 del sueño. A menudo se observan movimientos periódicos de las extremidades (que se encuentran en aproximadamente el 40% de las personas con NT1) y apnea del sueño.

La deficiencia de hipocretina se demuestra midiendo los niveles de hipocretina-1 en LCR. La prueba es particularmente útil en individuos con sospecha de pseudocataplejía y aquellos sin cataplejía típica, o en casos refractarios al tratamiento. El valor diagnóstico de la prueba no se ve afectado por los medicamentos, la privación del sueño o la hora del día o de la noche en que se obtiene, pero los hallazgos no se pueden interpretar cuando el individuo está gravemente enfermo con un trastorno concurrente.

427

infección o traumatismo craneoencefálico o está comatoso. La citología, las proteínas y la glucosa del LCR se encuentran dentro del rango normal incluso cuando se toman muestras dentro de las semanas posteriores al inicio rápido del trastorno. Cuando se mide en individuos con síntomas típicos de cataplejía, la hipocretina-1 en LCR a menudo ya está muy disminuida o es indetectable.

Alrededor del 85% al 95% de las personas con NT1 son positivas para el haplotipo HLA DQB1*06:02. Este gen influye en la presentación de antígenos del sistema inmunológico, lo que respalda una fisiopatología autoinmune subyacente de NT1. Los brotes de NT1 después de vacunas e infecciones específicas respaldan aún más una etiología autoinmune. A diferencia de NT1, no hay biomarcadores de NT2. Solo entre el 40 % y el 50 % de las personas con NT2 son positivas para DQB1*06:02. Dado que entre el 12 % y el 38 % de la población general es DQB1*06:02 positivo, la prueba de este alelo no es muy útil para diagnosticar NT2, pero puede ser útil para la detección de NT1.

Consecuencias funcionales de la narcolepsia El rendimiento

escolar, la conducción, el trabajo u otras actividades que requieren atención sostenida se ven afectados, y las personas con narcolepsia deben evitar trabajos que los coloquen a ellos mismos (p. ej., trabajar con maquinaria) o a otros (p. ej., trabajar en un autobús).

conductor, piloto) en peligro. Una vez que la narcolepsia se controla con terapia, los individuos generalmente pueden conducir, aunque rara vez solos largas distancias.

Las personas que no reciben tratamiento también corren el riesgo de aislamiento social y lesiones accidentales a sí mismos o a otros. Las relaciones sociales pueden sufrir cuando estos individuos se esfuerzan por evitar la cataplejía ejerciendo control sobre las emociones o los estímulos que las provocan.

Diagnóstico diferencial

Otras hipersomnias. El trastorno de hipersomnia (también conocido como hipersomnia idiopática) y la narcolepsia son similares con respecto a la presencia de somnolencia diurna crónica, la edad de inicio (típicamente en la adolescencia o la edad adulta temprana) y el curso estable a lo largo del tiempo, pero se pueden distinguir en función de características clínicas y de laboratorio distintivas. Las personas con trastorno de hipersomnia suelen tener un sueño nocturno más largo y menos interrumpido, mayor dificultad para despertarse, somnolencia diurna más persistente (a diferencia de los "ataques de sueño" más discretos en la narcolepsia), episodios de sueño diurno más prolongados y menos reparadores, y poco o ningún sueño durante el día siestas. Por el contrario, las personas con NT1 generalmente tienen cataplejía. Aquellos con NT1 o NT2 pueden mostrar intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en la transición entre el sueño y la vigilia (p. ej., alucinaciones relacionadas con el sueño y parálisis del sueño). El MSLT típicamente demuestra latencias de sueño más cortas (es decir, mayor somnolencia fisiológica), así como la presencia de múltiples SOREMP en individuos con narcolepsia.

Privación del sueño y sueño nocturno insuficiente. Dormir la privación y el sueño nocturno insuficiente son comunes en adolescentes y trabajadores por turnos. En los adolescentes, las dificultades para conciliar el sueño por la noche son comunes, lo que provoca la privación del sueño. El resultado de MSLT puede ser falso positivo si se lleva a cabo mientras el individuo está privado de sueño o mientras su sueño está retrasado.

Síndromes de apnea del sueño. La apnea obstructiva del sueño es común en la población general y puede estar presente en personas con narcolepsia debido a la obesidad. Debido a que la apnea obstructiva del sueño es más frecuente que la narcolepsia, la cataplejía puede pasarse por alto (o estar ausente). Se debe considerar la narcolepsia en individuos con somnolencia persistente a pesar del tratamiento de la apnea del sueño.

Trastorno de insomnio.

Las personas con narcolepsia pueden centrarse en la presencia de trastornos del sueño nocturno y atribuir incorrectamente la somnolencia diurna al trastorno del insomnio. Aunque las personas con narcolepsia, al igual que las personas con trastorno de insomnio, pueden experimentar despertares frecuentes durante la noche, las personas con narcolepsia normalmente no tienen dificultad para iniciar el sueño o volver a dormirse, a diferencia de las personas con trastorno de insomnio.

428

Además, el trastorno de insomnio no suele asociarse con la gravedad de la somnolencia diurna que se observa en la narcolepsia.

Trastorno depresivo mayor. La somnolencia diurna excesiva es una queja común tanto de las personas con depresión mayor como de las personas con narcolepsia. La presencia de cataplejía (que no es una característica del trastorno depresivo mayor) junto con la gravedad de la somnolencia diurna excesiva indica un diagnóstico de NT1 en lugar de un trastorno depresivo mayor.

Además, en las personas con depresión mayor, los resultados de la MSLT suelen ser normales y existe una disociación entre la somnolencia subjetiva y la objetiva, medida por la latencia media del sueño durante la MSLT. En un metanálisis de individuos con trastornos psiquiátricos evaluados por somnolencia, mientras que el 25 % tenía una latencia media del sueño de < 8 minutos en el MSLT, solo en raras ocasiones se observaron dos o más SOREMP en el MSLT, lo que destaca la disfunción del sueño REM más específica de narcolepsia

trastorno de síntomas neurológicos (conversión trastorno; Pseudocataplejía funcional).

Las personas con trastorno de síntomas neurológicos funcionales pueden presentar debilidad que puede plantear dudas de cataplejía. Sin embargo, en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, la debilidad suele ser duradera, tiene desencadenantes inusuales y puede provocar caídas frecuentes. Las personas pueden informar que duermen y sueñan durante las siestas del MSLT, pero el MSLT no muestra la característica SOREMP. Las grabaciones de videos caseros y los videos durante los estudios del sueño pueden ser útiles para distinguir esta condición de la verdadera cataplejía. La debilidad suele ser generalizada en la pseudocataplejía, sin ataques parciales.

Durante la consulta puede ocurrir una pseudocataplejía completa y de larga duración, lo que le da al médico que realiza el examen el tiempo suficiente para verificar los reflejos, que permanecen intactos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad u otros problemas de conducta. En niños y adolescentes, la somnolencia puede causar problemas de conducta, como agresividad y falta de atención, lo que conduce a un diagnóstico erróneo de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH).

Convulsiones atónicas. Las convulsiones atónicas, un tipo de convulsión que provoca una pérdida repentina de la fuerza muscular, deben distinguirse de la cataplejía. Las convulsiones atónicas no suelen desencadenarse por emociones y tienden a manifestarse como caídas abruptas en lugar de la calidad de cataplejía que se "derrite" más lentamente. Las convulsiones atónicas generalmente ocurren en individuos con tipos de convulsiones adicionales y tienen firmas distintas en el electroencefalograma.

Síncope. Al igual que el síncope, la cataplejía generalmente se desarrolla durante varios segundos, pero las personas con cataplejía no tienen síntomas presincopales de mareos, visión de túnel y cambios auditivos.

Corea y trastornos motores. En los niños pequeños, la cataplejía puede diagnosticarse erróneamente como corea o trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (PANDAS), especialmente en el contexto de una faringitis estreptocócica y niveles elevados de anticuerpos antiestreptolisina O. Algunos niños pueden tener un trastorno motor superpuesto cerca del inicio de la cataplejía.

Esquizofrenia. En presencia de alucinaciones hipnagógicas floridas y vívidas, las personas con narcolepsia pueden pensar que estas experiencias son reales, una característica que sugiere la presencia de una verdadera alucinación característica de la esquizofrenia. Sin embargo, se han descrito claras diferencias en el patrón de experiencias alucinatorias en la narcolepsia en comparación con la esquizofrenia. Los individuos con narcolepsia tienden a reportar alucinaciones "holísticas" multisensoriales relacionadas con el sueño (visuales, auditivas, táctiles) en lugar del modo sensorial predominantemente verbal-auditivo de los individuos con esquizofrenia. Además, el tratamiento con dosis altas de estimulantes de personas con narcolepsia puede provocar el desarrollo de delirios de persecución. Si la cataplejía está presente con alucinaciones o delirios, la primera suposición clínica sería que estos síntomas son secundarios a la narcolepsia antes de considerar un diagnóstico concomitante de esquizofrenia.

Comorbilidad Las

comorbilidades médicas y psiquiátricas son comunes entre las personas con narcolepsia e incluyen obesidad, bruxismo, enuresis, pubertad precoz (entre las personas con narcolepsia de inicio pediátrico), trastornos del estado de ánimo y TDAH. El aumento de peso rápido es común en niños pequeños con un inicio repentino de la enfermedad. Las parasomnias (p. ej., sonambulismo, trastorno conductual del sueño REM), apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de las extremidades son comunes en individuos que desarrollan narcolepsia. Se debe considerar la apnea del sueño comórbida si hay un empeoramiento repentino de la narcolepsia preexistente.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño*, 3^a Edición (ICSD-3), diferencia dos subtipos de narcolepsia: NT1 (narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina) y NT2 (narcolepsia sin cataplejía o deficiencia de hipocretina). NT1 secundaria a otra afección médica (G47.421) y NT2 secundaria a otra afección médica (G47.429) se informan en ICSD-3 como subtipos de narcolepsia secundaria.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración

La categoría de trastornos del sueño relacionados con la respiración abarca tres trastornos relativamente distintos: apnea obstructiva del sueño, hipopnea, apnea central del sueño e hipoventilación relacionada con el sueño.

Apnea Obstructiva del Sueño Hipopnea

Criterios de diagnóstico

G47.33

R. Ya sea (1) o (2):

1. Evidencia por polisomnografía de al menos cinco apneas o hipopneas obstrutivas por hora de sueño y cualquiera de los siguientes síntomas del sueño:
 - a. Alteraciones respiratorias nocturnas: ronquidos, resoplidos/jadeos o pausas en la respiración durante el sueño.
 - b. Síntomas diurnos: fatiga mejor por otro trastorno mental (incluido un trastorno del sueño) y no es atribuible a otra afección médica.
2. Evidencia por polisomnografía de 15 o más apneas y/o hipopneas obstrutivas por hora de sueño independientemente de los síntomas acompañantes.

Especifique la gravedad actual:

Leve: el índice de apnea hipopnea es inferior a 15.

Moderado: el índice de apnea hipopnea es de 15 a 30.

Grave: el índice de apnea hipopnea es superior a 30.

Especificadores

La gravedad de la enfermedad se mide contando el número de apneas más hipopneas por hora de sueño (índice de apnea hipopnea) usando polisomnografía u otro monitoreo nocturno.

430

La **apnea** se refiere a la ausencia total de flujo de aire, y la **hipopnea** se refiere a una reducción en el flujo de aire. La gravedad general también está informada por los niveles de desaturación nocturna y fragmentación del sueño (medidos por la frecuencia de activación de la corteza cerebral y las etapas del sueño) y el grado de síntomas asociados y deterioro diurno. Sin embargo, el número exacto y los umbrales pueden variar según las técnicas de medición específicas utilizadas, y estos números pueden cambiar con el tiempo. Independientemente del índice (recuento) de apneas e hipopneas per se, se considera que el trastorno es más grave cuando las apneas e hipopneas

se acompañan de una desaturación significativa de la hemoglobina del oxígeno (p. ej., cuando más del 10 % del tiempo de sueño se pasa a niveles de desaturación de < 90 %) o cuando el sueño está gravemente fragmentado, como lo muestra un índice de despertar elevado (despertares por hora de sueño > 30) o tiempo reducido en sueño profundo (p. ej., porcentaje de etapa N3 [sueño de ondas lentas] < 5%).

Características diagnósticas

La apnea hipopnea obstructiva del sueño es el trastorno del sueño relacionado con la respiración más común. Se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción de las vías respiratorias superiores (faríngeas) (apneas e hipopneas) durante el sueño. Cada apnea o hipopnea representa una reducción en la respiración de al menos 10 segundos de duración en adultos o dos respiraciones perdidas en niños y generalmente se asocia con caídas en la saturación de oxígeno de ≥ 3% y/o un despertar electroencefalográfico. Tanto los síntomas relacionados con el sueño (nocturnos) como los relacionados con la hora de despertar son comunes. Los síntomas cardinales de la apnea hipopnea obstructiva del sueño son los ronquidos y la somnolencia diurna.

La apnea hipopnea obstructiva del sueño en adultos se diagnostica sobre la base de los hallazgos de un polisomnograma (o prueba del sueño realizada fuera del centro del sueño, denominada **prueba del sueño fuera del centro** [OCST]) y los síntomas. El diagnóstico se basa en los síntomas de 1) trastornos respiratorios nocturnos (es decir, ronquidos, resoplido/jadeo, pausas en la respiración durante el sueño), o 2) somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de suficientes oportunidades para dormir que no se explican mejor por otro trastorno mental y no atribuible a otra condición médica, junto con 3) evidencia por polisomnografía (o OCST) de cinco o más apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño (Criterio A1). El diagnóstico puede hacerse en ausencia de estos síntomas si hay evidencia por polisomnografía (o OCST limitada) de 15 o más apneas obstructivas y/o hipopneas por hora de sueño (Criterio A2).

Los criterios para el diagnóstico de apnea hipopnea obstructiva del sueño en niños difieren de los del diagnóstico en adultos. Se utiliza un índice de hipopnea de apnea obstructiva de uno o más eventos por hora o evidencia de hipoventilación obstructiva asociada con ronquidos o evidencia polisomnográfica de obstrucción del flujo de aire para definir los umbrales de anormalidad en los niños. Los hallazgos polisomnográficos en niños pueden diferir de los de

adultos en los que los niños pueden demostrar dificultad para respirar; hipoventilación obstructiva parcial (reducciones sostenidas del volumen corriente debido a limitaciones del flujo de las vías respiratorias superiores) con desaturaciones cíclicas de oxígeno; hipercapnia; y respiración paradójica.

La mayoría de los casos de apnea obstructiva del sueño no se diagnostican. Por lo tanto, es importante prestar atención específica a los síntomas de trastornos del sueño que ocurren en asociación con ronquidos o pausas en la respiración y hallazgos físicos que aumentan el riesgo de apnea obstructiva del sueño (p. ej., obesidad central, vías respiratorias faríngeas congestionadas, presión arterial elevada) para reducir la posibilidad de fracaso. para diagnosticar esta condición tratable.

Funciones asociadas

Debido a la frecuencia de los despertares nocturnos que ocurren con la apnea hipopnea obstructiva del sueño, las personas pueden informar síntomas de insomnio. Otros síntomas comunes, aunque inespecíficos, de la apnea hipopnea obstructiva del sueño son acidez estomacal, nocturia, dolores de cabeza matutinos, sequedad de boca, disfunción eréctil y disminución de la libido. Los individuos pueden quejarse de dificultad para respirar mientras están acostados en decúbito supino o durmiendo. La hipertensión puede ocurrir en más del 60% de las personas con hipopnea apnea obstructiva del sueño.

431

Las mediciones de gases en sangre arterial mientras el individuo está despierto suelen ser normales, pero algunos individuos pueden mostrar hipoxemia o hipercapnia en estado de vigilia. Este patrón debe alertar al médico sobre la posibilidad de coexistencia de enfermedad pulmonar o hipoventilación. Los procedimientos de imagen pueden revelar un estrechamiento de las vías respiratorias superiores. Las pruebas cardíacas pueden mostrar evidencia de deterioro de la función ventricular. Arritmias como pausas sinusales, latidos ectópicos auriculares y ventriculares frecuentes o fibrilación auricular pueden estar presentes durante el sueño. Las personas con desaturación de oxígeno nocturna severa también pueden tener valores elevados de hemoglobina o hematocrito.

Predominio

La apnea hipopnea obstructiva del sueño es un trastorno muy común. La prevalencia puede ser particularmente alta entre los hombres en comparación con las mujeres, con un rango de 2:1 a 4:1; adultos mayores; y ciertos grupos raciales y étnicos.

La prevalencia varía entre países, en parte debido a las diferencias en los métodos de evaluación. Debido a que el trastorno está fuertemente asociado con la obesidad, el aumento en las tasas de obesidad ha resultado en una mayor prevalencia de este trastorno.

En los Estados Unidos, el 13 % de los hombres y el 6 % de las mujeres tienen evidencia polisomnográfica de 15 o más apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño, y el 14 % de los hombres y el 5 % de las mujeres tienen más de 5 apneas o hipopneas obstructivas por hora del sueño, más síntomas de somnolencia diurna. Las diferencias de género disminuyen con la edad avanzada, posiblemente debido a una mayor prevalencia en mujeres después de la menopausia; las mujeres posmenopáusicas tienen entre 2,6 y 3,5 veces más probabilidades de tener apnea obstructiva del sueño en comparación con las mujeres premenopáusicas.

En la comunidad general, las tasas de prevalencia en los Estados Unidos de apnea hipopnea obstructiva del sueño no diagnosticada pueden ser muy altas en personas de edad avanzada. La apnea obstructiva del sueño también ocurre en niños, con una prevalencia estimada de 1 a 4%; no hay diferencia de género entre los niños prepúberes. Los niños que son obesos tienen tasas más altas.

La prevalencia de la apnea obstructiva del sueño parece ser mayor entre los afroamericanos que entre los blancos no latinos de EE. UU. Una mayor prevalencia entre los afroamericanos, los indios americanos y los hispanos puede estar relacionada con tasas más altas de obesidad, que pueden estar asociadas con una exposición diferencial a los determinantes sociales de la salud, incluida la inseguridad alimentaria, los desiertos alimentarios y el acceso limitado a lugares seguros y asequibles para actividad física.

Desarrollo y curso La distribución por

edades de la apnea hipopnea obstructiva del sueño tiene varios picos.

El primero ocurre en niños de 3 a 8 años cuando la nasofaringe puede estar comprometida por una masa relativamente grande de tejido amigdalino en comparación con el tamaño de las vías respiratorias superiores. Con el crecimiento de las vías respiratorias y la regresión del tejido linfoide durante la niñez posterior, hay una reducción en la prevalencia. Sin embargo, con el aumento de la obesidad en los adolescentes, un segundo pico en

la prevalencia se da en ese grupo de edad. Finalmente, a medida que la prevalencia de la obesidad continúa aumentando en la mediana edad y las mujeres entran en la menopausia, las tasas de apnea hipopnea obstructiva del sueño aumentan aún más. El curso en la vejez no está claro; la prevalencia del trastorno puede estabilizarse después de los 65 años, pero en algunos individuos, la gravedad puede empeorar con el envejecimiento. Los resultados polisomnográficos deben interpretarse a la luz de otros datos clínicos. Los síntomas clínicos significativos de insomnio o hipersomnia deben investigarse independientemente de la edad del individuo.

La apnea hipopnea obstructiva del sueño suele tener un inicio insidioso, una progresión gradual y un curso persistente. Por lo general, los ronquidos fuertes han estado presentes durante muchos años, a menudo desde la infancia, pero un aumento en su gravedad puede llevar al individuo a buscar una evaluación. El aumento de peso puede precipitar un aumento de los síntomas. Aunque la apnea hipopnea obstructiva del sueño puede ocurrir a cualquier edad, se manifiesta con mayor frecuencia entre personas de 40 a 60 años. Durante 4-5 años, el índice de apnea hipopnea promedio aumenta en adultos y personas mayores en aproximadamente dos apneas o hipopneas por hora. El índice de apnea hipopnea está aumentado y la apnea hipopnea obstructiva del sueño incidente es mayor entre

432

personas mayores, que son hombres o que tienen un índice de masa corporal (IMC) inicial más alto o aumentan su IMC con el tiempo. Se ha informado la resolución espontánea de la apnea hipopnea obstructiva del sueño con la pérdida de peso, particularmente después de la cirugía bariátrica. En los niños, se ha observado una variación estacional en la apnea hipopnea obstructiva del sueño, así como una mejoría con el crecimiento general.

En los niños pequeños, los signos y síntomas de la apnea hipopnea obstructiva del sueño pueden ser más sutiles que en los adultos, lo que dificulta el establecimiento del diagnóstico. La polisomnografía es útil para confirmar el diagnóstico. La evidencia de fragmentación del sueño en el polisomnograma puede no ser tan evidente como en los estudios de personas mayores, posiblemente debido al alto impulso homeostático en las personas jóvenes. Los síntomas como los ronquidos generalmente son informados por los padres y, por lo tanto, tienen una sensibilidad reducida. Pueden ocurrir despertares agitados y posturas inusuales para dormir, como dormir sobre las manos y las rodillas. La enuresis nocturna también puede ocurrir y debe despertar la sospecha de

apnea obstructiva del sueño hipopnea si reaparece en un niño que antes estaba seco por la noche. Los niños también pueden manifestar somnolencia diurna excesiva, aunque esto no es tan común ni pronunciado como en los adultos. La respiración bucal durante el día, la dificultad para tragar y la mala articulación del habla también son características comunes en los niños. Los niños menores de 5 años presentan con mayor frecuencia síntomas nocturnos, como apneas observadas o respiración difícil, que síntomas conductuales (es decir, los síntomas nocturnos son más notorios y con mayor frecuencia atraen la atención clínica del niño). En niños mayores de 5 años, los síntomas diurnos como somnolencia y problemas de comportamiento (p. ej., impulsividad e hiperactividad), trastorno por déficit de atención/hiperactividad, dificultades de aprendizaje y dolores de cabeza matutinos son con mayor frecuencia el foco de preocupación. Los niños con apnea hipopnea obstructiva del sueño también pueden presentar retraso en el crecimiento, retraso en el crecimiento y retrasos en el desarrollo. Aunque la obesidad es un factor de riesgo menos importante en los niños pequeños, contribuye a la aparición de la apnea obstructiva del sueño.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. Los principales factores de riesgo para la apnea hipopnea obstructiva del sueño son la obesidad y el sexo masculino. Otros incluyen retrognatia maxilar-mandibular o micrognatia, antecedentes familiares positivos de apnea del sueño, síndromes genéticos que reducen la permeabilidad de las vías respiratorias superiores (p. ej., síndrome de Down, síndrome de Treacher Collins), hipertrofia adenoamigdalina (especialmente en niños pequeños), menopausia (en mujeres) y diversos síndromes endocrinos (p. ej., acromegalia). En comparación con las mujeres premenopáusicas, los hombres tienen un mayor riesgo de apnea hipopnea obstructiva del sueño, lo que posiblemente refleja la influencia de las hormonas sexuales en el control de la ventilación y la distribución de la grasa corporal, así como las diferencias de género en la estructura de las vías respiratorias. Los medicamentos para trastornos mentales y condiciones médicas que tienden a inducir somnolencia pueden empeorar el curso de los síntomas de apnea si estos medicamentos no se manejan con cuidado.

La apnea hipopnea obstructiva del sueño tiene una fuerte base genética, como lo demuestra la importante agregación familiar del índice de apnea hipopnea. La prevalencia de apnea hipopnea obstructiva del sueño es aproximadamente el doble entre los familiares de primer grado de los probandos

con apnea hipopnea obstructiva del sueño en comparación con miembros de familias de control. Un tercio de la variación en el índice de apnea hipopnea se explica por factores familiares compartidos. Aunque todavía no se dispone de marcadores genéticos con valor diagnóstico o pronóstico, la obtención de antecedentes familiares de apnea hipopnea obstructiva del sueño debería aumentar la sospecha clínica del trastorno.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Existe la posibilidad de que la somnolencia y la fatiga se notifiquen de manera diferente en las culturas. En algunos grupos, los ronquidos pueden considerarse un signo de salud normal y, por lo tanto, pueden no generar preocupaciones, lo que lleva a un diagnóstico insuficiente.

433

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género La

menopausia, el embarazo y el síndrome de ovario poliquístico aumentan el riesgo de apnea obstructiva del sueño en las mujeres. La transición de la premenopausia a la posmenopausia se asocia con una mayor gravedad de la apnea obstructiva del sueño. Las mujeres pueden reportar más comúnmente fatiga, falta de energía o insomnio en lugar de somnolencia y pueden reportar menos ronquidos.

Marcadores de diagnóstico

La polisomnografía proporciona datos cuantitativos sobre la frecuencia de los trastornos respiratorios relacionados con el sueño y los cambios asociados en la saturación de oxígeno y la continuidad del sueño. Las medidas validadas del sueño (p. ej., prueba de latencia múltiple del sueño, prueba de mantenimiento de la vigilia) pueden identificar la somnolencia.

Consecuencias funcionales de la apnea hipopnea obstructiva del sueño Más del 50% de las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño de moderada a grave informan síntomas de somnolencia diurna. Se ha informado un riesgo dos veces mayor de accidentes laborales en asociación con síntomas de ronquidos y somnolencia. También se ha informado que los accidentes automovilísticos son hasta siete veces más altos entre las personas con

valores elevados del índice de apnea hipopnea. Los médicos deben conocer los requisitos del gobierno estatal para informar este trastorno, especialmente en relación con los conductores comerciales. Las puntuaciones reducidas en las medidas de la calidad de vida relacionada con la salud son comunes en las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño. Aunque el mayor impacto funcional se observa en el dominio de “vitalidad”, la apnea obstructiva del sueño severa también afecta negativamente la salud general y el funcionamiento físico y social.

Diagnóstico diferencial

Ronquidos primarios y otros trastornos del sueño Las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño deben diferenciarse de las personas con ronquidos primarios (es decir, personas asintomáticas que roncan y no tienen anomalías en la polisomnografía nocturna). Las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño también pueden informar jadeos y ahogo nocturnos, que pueden confundirse con la presencia de asma o reflujo gastroesofágico. La presencia de somnolencia u otros síntomas diurnos no explicados por otras etiologías sugiere el diagnóstico de hipopnea apnea obstructiva del sueño, pero esta diferenciación requiere polisomnografía.

El diagnóstico diferencial definitivo entre el trastorno de hipersomnolencia, la apnea central del sueño, la apnea hipopnea obstructiva del sueño y la narcolepsia se basa en los estudios polisomnográficos.

La apnea hipopnea obstructiva del sueño debe diferenciarse de otras causas de somnolencia, como la narcolepsia, el trastorno de hipersomnolencia, el sueño insuficiente y los trastornos del sueño del ritmo circadiano. La apnea hipopnea obstructiva del sueño se puede diferenciar de la narcolepsia por la ausencia de cataplejía, alucinaciones relacionadas con el sueño y parálisis del sueño y por la presencia de ronquidos fuertes, jadeo durante el sueño o apneas observadas durante el sueño. Los episodios de sueño diurno en la narcolepsia son característicamente más cortos, más refrescantes y más a menudo asociados con los sueños. La apnea hipopnea obstructiva del sueño muestra apneas e hipopneas características y desaturación de oxígeno durante los estudios polisomnográficos nocturnos. La narcolepsia da como resultado múltiples períodos de movimientos oculares rápidos (REM) al inicio del sueño durante el MSLT. La narcolepsia, como la apnea hipopnea obstructiva del sueño, puede estar asociada con la obesidad y algunas personas tienen narcolepsia concurrente.

y apnea hipopnea obstructiva del sueño. Un diagnóstico de narcolepsia no excluye el diagnóstico de hipopnea de apnea obstructiva del sueño, ya que las dos condiciones pueden coexistir.

434

Apnea central del sueño. La apnea central del sueño se puede distinguir de la apnea obstructiva del sueño por la presencia de apneas o hipopneas repetitivas debidas a la reducción o ausencia del esfuerzo respiratorio en el registro del polisomnograma. Puede haber ronquidos, aunque pueden ser menos prominentes que los observados en la hipopnea de la apnea obstructiva del sueño o estar completamente ausentes.

Las personas con apnea central del sueño a menudo exhiben sueño fragmentado y también pueden quejarse de somnolencia diurna. La apnea central del sueño se observa con mayor frecuencia en personas con insuficiencia cardíaca congestiva (respiración de Cheyne-Stokes) o enfermedad neurológica, o en aquellas que usan medicamentos opioides.

Trastorno de insomnio. Para las personas que se quejan de dificultad para iniciar o mantener el sueño o despertarse temprano en la mañana, el trastorno de insomnio se puede diferenciar de la hipopnea de apnea obstructiva del sueño por la ausencia de ronquidos y la ausencia de antecedentes, signos y síntomas característicos de este último trastorno. Sin embargo, el insomnio y la apnea hipopnea obstructiva del sueño pueden coexistir y, de ser así, es posible que sea necesario abordar ambos trastornos al mismo tiempo para mejorar el sueño.

Ataques de pánico. Los ataques de pánico nocturnos pueden incluir síntomas de jadeo o asfixia durante el sueño que pueden ser difíciles de distinguir clínicamente de la apnea hipopnea obstructiva del sueño. Sin embargo, la frecuencia más baja de los episodios, la activación autonómica intensa y la falta de somnolencia excesiva diferencian los ataques de pánico nocturnos de la hipopnea de apnea obstructiva del sueño.

La polisomnografía (o OCST) en individuos con ataques de pánico nocturnos no revela el patrón típico de apneas o desaturación de oxígeno característico de la apnea hipopnea obstructiva del sueño. Las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño no presentan antecedentes de ataques de pánico diurnos.

Asma nocturna. El asma nocturna a menudo puede causar un despertar repentino del sueño con síntomas de jadeo o asfixia que son indistinguibles de los episodios disneicos resultantes de la apnea obstructiva del sueño. Sin embargo, un

generalmente hay antecedentes de asma y la polisomnografía (o OCST) no encuentra evidencia de apneas, hipopneas o desaturación de oxígeno indicativas de apnea obstructiva. Sin embargo, el asma nocturna y la apnea obstructiva del sueño pueden coexistir, y esto puede dificultar la determinación de las contribuciones relativas de cada condición.

Desorden hiperactivo y déficit de atención El trastorno por déficit de atención/hiperactividad en los niños puede incluir síntomas de falta de atención, deterioro académico, hiperactividad y comportamientos de internalización, todos los cuales también pueden ser síntomas de la hipopnea de la apnea obstructiva del sueño infantil. La presencia de otros síntomas y signos de apnea hipopnea obstructiva del sueño infantil (p. ej., dificultad para respirar o ronquidos durante el sueño e hipertrofia adenoamigdalar) sugeriría la presencia de hipopnea de apnea obstructiva del sueño. La apnea hipopnea obstructiva del sueño y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad pueden coexistir con frecuencia, y puede haber vínculos causales entre ellos; por lo tanto, los factores de riesgo como el agrandamiento de las amígdalas, la obesidad o antecedentes familiares de apnea del sueño pueden ayudar a alertar al médico sobre su coexistencia.

Insomnio o hipersomnia inducido por sustancias/medicamentos El consumo de sustancias y la abstinencia de sustancias (incluidos los medicamentos) pueden producir insomnio o hipersomnia. Una historia cuidadosa suele ser suficiente para identificar la sustancia/medicamento relevante, y el seguimiento muestra una mejoría de la alteración del sueño después de la interrupción de la sustancia/medicamento. En otros casos, se ha demostrado que el uso de una sustancia/medicamento (p. ej., alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, opiáceos) exacerba la apnea hipopnea obstructiva del sueño. Un individuo con síntomas y signos consistentes con apnea hipopnea obstructiva del sueño debe recibir ese diagnóstico, incluso en presencia del uso de sustancias concurrente que está exacerbando la condición.

Comorbilidad La

hipertensión sistémica, la enfermedad de las arterias coronarias, la insuficiencia cardíaca, el accidente cerebrovascular, la diabetes y el aumento de la mortalidad se asocian consistentemente con la apnea hipopnea obstructiva del sueño. Riesgo

las estimaciones varían del 30 % al 300 % para la apnea hipopnea obstructiva del sueño de moderada a grave. La apnea obstructiva del sueño y la enfermedad cardiovascular están estrechamente relacionadas, y el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño reduce la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad cardiovascular. Los grupos étnicos y racializados que no han recibido atención médica adecuada pueden tener un mayor riesgo de factores de riesgo cardiovascular no detectados asociados con la apnea obstructiva del sueño. La evidencia de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha (p. ej., cor pulmonale, edema de tobillo, congestión hepática) es rara en la apnea hipopnea obstructiva del sueño y, cuando está presente, indica una enfermedad muy grave o hipoventilación asociada o comorbilidades cardiopulmonares. La apnea hipopnea obstructiva del sueño también puede ocurrir con mayor frecuencia en asociación con una serie de condiciones médicas o neurológicas (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson). Los hallazgos físicos reflejan la concurrencia de estas condiciones.

Hasta un tercio de las personas remitidas para una evaluación de apnea hipopnea obstructiva del sueño informan síntomas de depresión, y hasta un 10 % tiene puntuaciones de depresión compatibles con depresión moderada a grave. Se ha encontrado que la gravedad de la apnea hipopnea obstructiva del sueño, medida por el índice de apnea hipopnea, se correlaciona con la gravedad de los síntomas de depresión. Esta asociación puede ser más fuerte en hombres que en mujeres.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición (ICSD-3), diferencia 11 subtipos de "trastornos respiratorios relacionados con el sueño", incluidas las apneas centrales del sueño (CSA) (p. ej., CSA primaria, CSA debido a una afección médica/neurológica, CSA debido a una sustancia o medicamento), apnea obstructiva del sueño (adultos y pediátricos) y trastornos de hipoventilación relacionados con el sueño.

Apnea central del sueño

Criterios de diagnóstico

- A. Evidencia por polisomnografía de cinco o más apneas centrales por hora de sueño.
- B. El trastorno no se explica mejor por otro sueño actual trastorno.

Especificar si:

G47.31 Apnea central del sueño idiopática: caracterizada por episodios repetidos de apneas e hipopneas durante el sueño causados por la variabilidad en el esfuerzo respiratorio pero sin evidencia de obstrucción de las vías respiratorias.

R06.3 Respiración de Cheyne-Stokes: un patrón de variación periódica crescendo-decrescendo en el volumen corriente que da como resultado apneas e hipopneas centrales con una frecuencia de al menos cinco eventos por hora, acompañado de despertares frecuentes.

G47.37 Apnea central del sueño comórbida con el uso de opiáceos: la patogenia de este subtipo se atribuye a los efectos de los opiáceos sobre los generadores del ritmo respiratorio en el bulbo raquídeo, así como a los efectos diferenciales sobre el impulso respiratorio hipoxico versus hipercápnico.

Nota de codificación (solo para el código G47.37): cuando está presente un trastorno por consumo de opioides, codifique primero el trastorno por consumo de opioides: F11.10 trastorno leve por consumo de opioides o F11.20 trastorno moderado o grave por consumo de opioides; luego codifique G47.37 apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides. Cuando no hay un trastorno por consumo de opioides (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia una sola vez), codifique solo G47.37 apnea central del sueño comórbida con el consumo de opioides.

Especifique la gravedad actual:

La gravedad de la apnea central del sueño se clasifica según la frecuencia de las alteraciones respiratorias, así como el grado de desaturación de oxígeno asociado y la fragmentación del sueño.

que se producen como consecuencia de alteraciones respiratorias repetitivas.

Subtipos Hay

varios subtipos de apnea central del sueño. La apnea central del sueño idiopática (denominada alternativamente apnea **central del sueño primaria**) y la apnea central del sueño con respiración de Cheyne-Stokes se caracterizan por una mayor ganancia del sistema de control ventilatorio, también conocida como **alta ganancia de bucle**, que provoca inestabilidad en la ventilación y los niveles de PaCO₂. Esta inestabilidad se denomina **respiración periódica** y puede reconocerse por la alternancia de hiperventilación con hipoventilación. Las personas con estos trastornos suelen tener niveles de pCO₂ mientras están despiertos que son ligeramente hipocápicos o normocápicos.

La apnea central del sueño también puede manifestarse durante el inicio del tratamiento de la apnea hipopnea obstructiva del sueño (denominada **apnea central del sueño emergente del tratamiento**) o puede ocurrir en asociación con el síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño. También se considera que la aparición de apnea central del sueño en asociación con apnea obstructiva del sueño se debe a la alta ganancia de bucle. Por el contrario, la patogenia de la apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides se ha atribuido a los efectos de los opioides sobre los generadores del ritmo respiratorio en la médula, así como a sus efectos diferenciales sobre el impulso respiratorio hipoxico versus hipercápico. Estos individuos pueden tener niveles elevados de pCO₂ mientras están despiertos. Se ha observado que las personas que reciben terapia crónica de mantenimiento con metadona tienen un aumento de la somnolencia y la depresión, aunque no se ha estudiado el papel de los trastornos respiratorios inducidos por opioides en la causa de estos problemas. De manera similar, la apnea central debida a un trastorno médico sin respiración de Cheyne-Stokes es el resultado de un proceso patológico que afecta los centros de control ventilatorio del tronco cerebral.

Especificadores

Un aumento en el índice de apnea central (es decir, el número de apneas centrales por hora de sueño) refleja un aumento en la gravedad de la apnea central del sueño. La continuidad y la calidad del sueño pueden verse notablemente afectadas con reducciones en las etapas de restauración del sueño sin movimientos oculares rápidos (NREM, por sus siglas en inglés) (es decir, disminución del sueño de ondas lentas [etapa N3]). En individuos con Cheyne-

Stokes, el patrón también se puede observar durante la vigilia en reposo, un hallazgo que se cree que es un marcador pronóstico de una mayor mortalidad.

Características diagnósticas

Los trastornos de apnea central del sueño se caracterizan por episodios repetidos de apneas e hipopneas durante el sueño causados por la variabilidad en el esfuerzo respiratorio. Estos son trastornos del control ventilatorio en los que los eventos respiratorios ocurren en un patrón periódico o intermitente. ***La apnea central del sueño idiopática*** se caracteriza por somnolencia, insomnio y despertares debido a disnea en asociación con cinco o más apneas centrales por hora de sueño. Las personas con insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal que tienen apnea central del sueño generalmente tienen un patrón de respiración llamado ***respiración de Cheyne-Stokes***, que se caracteriza por un patrón de variación periódica crescendo-decrescendo en el volumen corriente que da como resultado apneas centrales e hipopneas que ocurren en una frecuencia de al menos cinco eventos por hora. Los eventos a menudo se asocian con despertares, pero los despertares no son necesarios para el diagnóstico. La apnea central del sueño observada a gran altura ocurre después del ascenso a gran altura, generalmente al menos a 2.500 metros sobre el nivel del mar. Las apneas del sueño central y obstructiva pueden coexistir; un diagnóstico de apnea hipopnea central del sueño requiere que los eventos centrales sean > 50% del número total de eventos respiratorios.

Pueden ocurrir alteraciones en el control neuromuscular de la respiración en asociación con medicamentos o sustancias, que pueden causar o exacerbar alteraciones del ritmo respiratorio y la ventilación. Las personas que toman medicamentos con estos efectos pueden tener un trastorno respiratorio relacionado con el sueño que podría contribuir a trastornos del sueño y síntomas como

437

como somnolencia, confusión y depresión. Específicamente, ***el uso crónico de medicamentos opioides de acción prolongada a menudo se asocia con el deterioro del control respiratorio que conduce a la apnea central del sueño.***

Funciones asociadas

Las personas con hipopneas de apnea central del sueño pueden presentar somnolencia o insomnio. Pueden tener quejas de fragmentación del sueño, incluido el despertar con disnea. Algunos individuos son asintomáticos. La apnea hipopnea obstructiva del sueño puede coexistir con la respiración de Cheyne-Stokes y, por lo tanto, durante el sueño se pueden observar ronquidos y eventos obstrutivos que terminan abruptamente.

Los hallazgos físicos observados en personas con un patrón de respiración de Cheyne-Stokes se relacionan con sus factores de riesgo. Pueden presentarse hallazgos consistentes con insuficiencia cardíaca, como distensión venosa yugular, ruido cardíaco S3, crepitantes pulmonares y edema de las extremidades inferiores.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de la apnea central del sueño idiopática, pero se cree que es rara. La prevalencia de la respiración de Cheyne-Stokes es alta en individuos con fracción de eyección ventricular cardíaca deprimida. En individuos con una fracción de eyección < 45%, se ha informado que la prevalencia oscila entre 15% y 44%. La proporción de género para la prevalencia en América del Norte, Europa y Australia está aún más sesgada hacia los hombres que para la apnea hipopnea obstructiva del sueño. La prevalencia aumenta con la edad y la mayoría de las personas con el trastorno tienen más de 60 años. La respiración de Cheyne-Stokes ocurre en aproximadamente el 20% de las personas con accidente cerebrovascular agudo según lo evaluado en Barcelona y Toronto. La apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides ocurre en aproximadamente el 24 % de las personas que toman opioides de forma crónica para el dolor no maligno y, de manera similar, en las personas que reciben terapia de mantenimiento con metadona, como se observa en varios países de ingresos altos. Las dosis más altas de opioides se asocian con una mayor gravedad, especialmente en dosis diarias equivalentes de morfina > 200 mg. En los niños evaluados en Francia y Canadá, la prevalencia oscila entre el 4 % y el 6 %.

Desarrollo y Curso

Los parámetros de polisomnografía para diagnosticar la apnea central del sueño son diferentes para los niños que para los adultos y comprenden cualquiera de los siguientes: 1) cese del flujo de aire y esfuerzo respiratorio durante más de 20 segundos, dos ciclos de respiración asociados con un despertar del sueño, o > 3 %

desaturación de oxígeno; o 2) dos ciclos respiratorios asociados con bradicardia.

El inicio de la respiración de Cheyne-Stokes parece ligado al desarrollo de insuficiencia cardíaca. El patrón de respiración de Cheyne-Stokes se asocia con oscilaciones en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la desaturación de oxígeno, y una actividad elevada del sistema nervioso simpático que puede promover la progresión de la insuficiencia cardíaca. Se desconoce la importancia clínica de la respiración de Cheyne-Stokes en el contexto de un accidente cerebrovascular, pero la respiración de Cheyne-Stokes puede ser un hallazgo transitorio que se resuelve con el tiempo después del accidente cerebrovascular agudo. La apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides se ha documentado con el uso crónico (es decir, varios meses).

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico.

La respiración de Cheyne-Stokes está frecuentemente presente en individuos con insuficiencia cardíaca. La coexistencia de fibrilación auricular aumenta aún más el riesgo, al igual que la edad avanzada y el sexo masculino. La respiración de Cheyne-Stokes también se observa en asociación con accidente cerebrovascular agudo y posiblemente insuficiencia renal. La inestabilidad ventilatoria subyacente en el contexto de la insuficiencia cardíaca se ha atribuido a una mayor quimiosensibilidad ventilatoria e hiperventilación debido a la congestión vascular pulmonar y al retraso circulatorio. La apnea central del sueño se observa en personas que toman opioides de acción prolongada. En los niños, la apnea central del sueño se puede encontrar en

438

individuos con anomalías congénitas, particularmente malformación de Arnold-Chiari, o condiciones médicas comórbidas como el reflujo gastroesofágico. En raras ocasiones, la apnea central del sueño que resulta de una condición congénita puede no manifestarse hasta la edad adulta (p. ej., malformación de Arnold-Chiari e hipoventilación central congénita).

Marcadores de diagnóstico

La polisomnografía se utiliza para caracterizar las características respiratorias de cada subtipo de trastorno del sueño relacionado con la respiración. Las apneas centrales del sueño se registran cuando los períodos de interrupción de la respiración duran más de 10 segundos.

ocurrir. La respiración de Cheyne-Stokes se caracteriza por un patrón de variación periódica crescendo-decrescendo en el volumen corriente que da como resultado apneas e hipopneas centrales que ocurren con una frecuencia de al menos cinco eventos por hora con un número de apneas e hipopneas centrales > 50% del total número de apneas e hipopneas. La duración del ciclo de la respiración de Cheyne-Stokes (o el tiempo desde el final de una apnea central hasta el final de la siguiente apnea) es de unos 60 segundos.

Consecuencias funcionales de la apnea central del sueño

Se ha informado que la apnea central del sueño idiopática causa síntomas de interrupción del sueño, incluidos el insomnio y la somnolencia. La respiración de Cheyne-Stokes con insuficiencia cardíaca comórbida se ha asociado con somnolencia excesiva, fatiga e insomnio, aunque muchas personas pueden estar asintomáticas. La coexistencia de insuficiencia cardíaca y respiración de Cheyne-Stokes puede estar asociada con un aumento de las arritmias cardíacas y una mayor mortalidad o trasplante cardíaco. Las personas con apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides pueden presentar síntomas de somnolencia o insomnio.

Diagnóstico diferencial La apnea

central del sueño idiopática debe distinguirse de otros trastornos del sueño relacionados con la respiración, otros trastornos del sueño y afecciones médicas y trastornos mentales que causan la fragmentación del sueño, somnolencia y fatiga.

Esto se logra usando polisomnografía.

Otros trastornos del sueño relacionados con la respiración y trastornos del sueño. La apnea central del sueño se puede distinguir de la apnea hipopnea obstructiva del sueño por la presencia de al menos cinco apneas centrales por hora de sueño. Estas condiciones pueden ocurrir simultáneamente, pero se considera que la apnea central del sueño predomina cuando los eventos respiratorios centrales son > 50% del número total de eventos respiratorios. eventos.

La respiración de Cheyne-Stokes se puede distinguir de otros trastornos mentales, incluidos otros trastornos del sueño y otras afecciones médicas que provocan fragmentación del sueño, somnolencia y fatiga en función de la presencia de una afección predisponente (p. ej., insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular) y signos y síntomas polisomnográficos. evidencia del patrón respiratorio característico.

Los hallazgos respiratorios polisomnográficos pueden ayudar a distinguir la respiración de Cheyne-Stokes del insomnio debido a otras afecciones médicas. Por ejemplo, la apnea central del sueño debida a la respiración periódica a gran altura tiene un patrón que se asemeja a la respiración de Cheyne-Stokes pero tiene un tiempo de ciclo más corto, ocurre solo a gran altura y no se asocia con insuficiencia cardíaca.

La apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides se puede diferenciar de otros tipos de trastornos del sueño relacionados con la respiración en función del uso de medicamentos opioides de acción prolongada junto con evidencia polisomnográfica de apneas centrales y respiración periódica o atáxica. Se puede distinguir del insomnio debido al uso de drogas o sustancias con base en la evidencia polisomnográfica de apnea central del sueño.

Comorbilidad Los

trastornos de la apnea central del sueño se presentan con frecuencia en usuarios de opioides de acción prolongada, como la metadona. Las personas que toman estos medicamentos tienen un trastorno del sueño relacionado con la respiración que podría contribuir a trastornos del sueño y síntomas como somnolencia,

439

confusión y depresión. Mientras el individuo está dormido, se pueden observar patrones de respiración como apneas centrales, apneas periódicas y respiración atáxica. La apnea hipopnea obstructiva del sueño puede coexistir con la apnea central del sueño y también pueden estar presentes características consistentes con esta afección (consulte “Apnea obstructiva del sueño hipopnea” anteriormente en este capítulo). La respiración de Cheyne Stokes se observa más comúnmente en asociación con afecciones que incluyen insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal y se observa con mayor frecuencia en personas con fibrilación auricular. Las personas con respiración de Cheyne Stokes tienen más probabilidades de ser mayores, ser hombres y tener un peso más bajo que las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición (ICSD-3), incluye ocho subtipos de apnea central del sueño (apnea central del sueño con

Respiración de Cheyne-Stokes, apnea central debida a un trastorno médico sin respiración de Cheyne-Stokes, apnea central del sueño debida a respiración periódica a gran altitud, apnea central del sueño debida a un medicamento o sustancia, apnea central del sueño primaria, apnea central del sueño primaria de la infancia , apnea central del sueño primaria del prematuro y apnea central del sueño emergente del tratamiento). Como en el DSM-5, la mayoría de estos diagnósticos requieren una frecuencia de 5 o más eventos centrales por hora de sueño. Además, los criterios ICSD-3 también requieren la presencia de signos o síntomas (p. ej., quejas de insomnio o somnolencia diurna). Los eventos centrales deben constituir al menos el 50% del número total de apneas e hipopneas. La apnea central primaria del sueño de la infancia y la apnea central primaria del sueño del prematuro tienen sus propios conjuntos de criterios distintos que difieren de las formas adultas de apnea central del sueño.

Hipoventilación relacionada con el sueño

Criterios de diagnóstico

- A. La polisomnografía demuestra episodios de disminución de la respiración asociados con niveles elevados de CO₂. (**Nota:** en ausencia de una medición objetiva de CO₂ , los niveles persistentemente bajos de saturación de oxígeno en la hemoglobina no asociados con episodios de apnea/hipopnea pueden indicar hipoventilación).
- B. La alteración no se explica mejor por otro trastorno del sueño actual.

Especifique si:

G47.34 Hipoventilación idiopática: este subtipo no es atribuible a ninguna condición fácilmente identificable.

G47.35 Hipoventilación alveolar central congénita: este subtipo es un trastorno congénito raro en el que el individuo se presenta típicamente en el período perinatal con respiración superficial o cianosis y apnea durante el sueño.

G47.36 Hipoventilación relacionada con el sueño comórbida: este subtipo ocurre como consecuencia de una afección médica, como un trastorno pulmonar (p. ej., enfermedad pulmonar intersticial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o un trastorno neuromuscular o de la pared torácica (p. ej., distrofias musculares, síndrome pospolio, lesión de la médula espinal cervical, cifoescoliosis) o medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, opiáceos). También ocurre con la obesidad (trastorno de hipoventilación por obesidad), donde refleja una combinación de aumento del trabajo respiratorio debido a la distensibilidad reducida de la pared torácica y el desajuste entre la ventilación y la perfusión y el impulso ventilatorio variablemente reducido. Estos individuos por lo general se caracterizan por un índice de masa corporal superior a 30 e hipercapnia durante la vigilia (con una pCO₂ superior a 45), sin otra evidencia de hipoventilación.

440

Especifique la gravedad actual:

la gravedad se clasifica de acuerdo con el grado de hipoxemia e hipercarbia presente durante el sueño y la evidencia de deterioro de órganos diana debido a estas anomalías (p. ej., insuficiencia cardíaca del lado derecho). La presencia de alteraciones de los gases en sangre durante la vigilia es un indicador de mayor gravedad.

subtipos

Los subtipos de hipoventilación relacionada con el sueño incluyen los siguientes:

- **La hipoventilación idiopática,** también conocida como **hipoventilación alveolar central idiopática**, se caracteriza por la reducción del volumen corriente y el CO₂ elevado durante el sueño, en ausencia de cualquier comorbilidad identificable que pueda explicar la hipoventilación.
- **La hipoventilación alveolar central congénita** es un trastorno raro asociado con la mutación del gen **PHOX2B**. Por lo general, se manifiesta al nacer.

- **La hipoventilación relacionada con el sueño comórbida** se debe a una de las numerosas comorbilidades potenciales, que incluyen enfermedad pulmonar (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]), anomalías de la pared torácica (p. ej., cifoescoliosis), enfermedad neuromuscular (p. ej., esclerosis lateral amiotrófica) y obesidad (denominado hipoventilación por obesidad), así como el uso de medicamentos o sustancias, especialmente opioides.

Características diagnósticas

La hipoventilación relacionada con el sueño puede ocurrir de forma independiente o, con mayor frecuencia, en forma concomitante con trastornos médicos o neurológicos, uso de medicamentos o trastorno por uso de sustancias. Aunque los síntomas no son obligatorios para hacer este diagnóstico, las personas a menudo informan somnolencia diurna excesiva, despertares y despertares frecuentes durante el sueño, dolores de cabeza matutinos y quejas de insomnio.

Funciones asociadas

Las personas con hipoventilación relacionada con el sueño pueden presentar quejas de insomnio o somnolencia relacionadas con el sueño. Los episodios de ortopnea pueden ocurrir en personas con debilidad del diafragma. Los dolores de cabeza al despertar pueden estar presentes. Durante el sueño pueden observarse episodios de respiración superficial y pueden coexistir apnea hipopnea obstructiva del sueño o apnea central del sueño. Pueden presentarse consecuencias de insuficiencia ventilatoria, como hipertensión pulmonar, cor pulmonale (insuficiencia cardíaca derecha), policitemia y disfunción neurocognitiva. Con la progresión de la insuficiencia ventilatoria, las anomalías de los gases en sangre se extienden hasta la vigilia. También pueden estar presentes las características de una condición médica que causa hipoventilación relacionada con el sueño. Los episodios de hipoventilación pueden estar asociados con despertares frecuentes o braditaquicardia. Los individuos pueden quejarse de somnolencia excesiva e insomnio o dolores de cabeza matutinos o pueden presentar hallazgos de disfunción neurocognitiva o depresión. La hipoventilación puede no estar presente durante la vigilia.

Predominio

La hipoventilación idiopática relacionada con el sueño en adultos es muy poco común. Se desconoce la prevalencia de la hipoventilación alveolar central congénita, pero

el trastorno es raro. La hipoventilación relacionada con el sueño comórbida (es decir, la hipoventilación comórbida con otras afecciones, como EPOC, trastornos neuromusculares u obesidad) es más común.

Se estima que la prevalencia de hipoventilación relacionada con el sueño comórbida debido a la obesidad en la población general es de aproximadamente 0,14% a 0,6% según las tasas nacionales de obesidad y la prevalencia de apnea obstructiva del sueño en varios países. El aumento de las tasas de obesidad se asocia con una mayor prevalencia de hipoventilación relacionada con el sueño comórbido

441

debido a la obesidad En individuos remitidos a una clínica del sueño que tienen un índice de masa corporal $> 35 \text{ kg/m}^2$, la prevalencia puede llegar al 42%.

Desarrollo y evolución Se cree que

la hipoventilación idiopática relacionada con el sueño es un trastorno lentamente progresivo de insuficiencia respiratoria. Cuando el trastorno de hipoventilación relacionado con el sueño se presenta de forma concomitante con otros trastornos (p. ej., EPOC, trastornos neuromusculares, obesidad), la gravedad de la enfermedad refleja la gravedad de la afección subyacente y el trastorno progresiona a medida que empeora. Pueden desarrollarse complicaciones como hipertensión pulmonar, cor pulmonale, arritmias cardíacas, policitemia, disfunción neurocognitiva y empeoramiento de la insuficiencia respiratoria con el aumento de la gravedad de las anomalías de los gases en sangre.

La hipoventilación alveolar central congénita generalmente se manifiesta al nacer con respiración superficial, errática o ausente. Este trastorno también puede manifestarse durante la infancia, la niñez y la edad adulta debido a la penetrancia variable de la mutación **PHOX2B**.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El impulso ventilatorio puede reducirse en personas que usan depresores del sistema nervioso central, incluidas las benzodiazepinas, los opiáceos y el alcohol.

Genético y fisiológico. La hipoventilación idiopática relacionada con el sueño se asocia con un impulso ventilatorio reducido debido a un

quimiorespuesta al CO₂ (impulso respiratorio reducido; es decir, “no respira”), lo que refleja déficits neurológicos subyacentes en los centros que gobiernan el control de la ventilación. Más comúnmente, la hipoventilación relacionada con el sueño es comórbida con otra afección médica, como un trastorno pulmonar, un trastorno neuromuscular o de la pared torácica, o hipotiroidismo, o con el uso de medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, opiáceos). En estas condiciones, la hipoventilación puede ser consecuencia de un aumento del trabajo respiratorio y/o del deterioro de la función de los músculos respiratorios (es decir, “no puede respirar”) o de un impulso respiratorio reducido.

Los trastornos neuromusculares influyen en la respiración a través del deterioro de la inervación motora respiratoria o de la función de los músculos respiratorios. Incluyen condiciones tales como esclerosis lateral amiotrófica, lesión de la médula espinal, parálisis diafragmática, miastenia grave, síndrome de Lambert-Eaton, miopatías tóxicas o metabólicas, síndrome pospolio y síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

La hipoventilación alveolar central congénita es un trastorno genético atribuible a mutaciones de ***PHOX2B***, un gen que es crucial para el desarrollo del sistema nervioso autónomo embrionario y derivados de la cresta neural. Los niños con hipoventilación alveolar central congénita muestran respuestas ventilatorias embotadas a la hipercapnia, especialmente en el sueño sin movimientos oculares rápidos.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género Las distribuciones de género para la hipoventilación relacionada con el sueño que ocurre en asociación con condiciones comórbidas reflejan las distribuciones de género de las condiciones comórbidas. Por ejemplo, la EPOC se presenta con mayor frecuencia en hombres y con el aumento de la edad. Contrariamente a los datos anteriores, ahora se cree que la hipoventilación por obesidad ocurre por igual entre los géneros, y en algunos estudios puede haber incluso una prevalencia ligeramente mayor en las mujeres.

Marcadores de diagnóstico

La hipoventilación relacionada con el sueño se diagnostica mediante polisomnografía, que demuestra hipoxemia e hipercapnia relacionadas con el sueño que no se explican mejor por otro trastorno del sueño relacionado con la respiración. La documentación

de 1) aumento de los niveles de pCO₂ arterial a > 55 mmHg durante el sueño o 2) aumento de ≥ 10 mmHg en los niveles de pCO₂ (hasta un nivel que también supera

442

50 mmHg) durante el sueño en comparación con los valores en decúbito supino despierto, que en cada caso superan los 10 minutos de duración, es el estándar de oro para el diagnóstico. Sin embargo, obtener determinaciones de gases en sangre arterial durante el sueño no es práctico, y las medidas no invasivas de pCO₂ no se han validado adecuadamente durante el sueño y no se usan ampliamente durante la polisomnografía en adultos. Disminuciones prolongadas y sostenidas de la saturación de oxígeno (saturación de oxígeno de < 90 % durante más de 5 minutos con un nadir de al menos 85 %, o saturación de oxígeno de < 90 % durante al menos el 30 % del tiempo de sueño) en ausencia de evidencia de la obstrucción de las vías respiratorias superiores a menudo se utiliza como indicación de hipoventilación relacionada con el sueño; sin embargo, este hallazgo no es específico, ya que existen otras posibles causas de hipoxemia, como la debida a una enfermedad pulmonar.

Los niños con hipoventilación alveolar central congénita tienen más probabilidades de tener trastornos del sistema nervioso autónomo, enfermedad de Hirschsprung, tumores de la cresta neural y cara característica en forma de caja (es decir, la cara es corta en relación con su ancho).

Consecuencias funcionales de la hipoventilación relacionada con el sueño Las consecuencias de la hipoventilación relacionada con el sueño están relacionadas con los efectos de la exposición crónica a la hipercapnia y la hipoxemia. Estos trastornos de los gases en sangre causan vasoconstricción de la vasculatura pulmonar que conduce a hipertensión pulmonar que, si es grave, puede provocar insuficiencia cardíaca derecha (cor pulmonale). La hipoxemia puede conducir a la disfunción de órganos como el cerebro, la sangre y el corazón, lo que lleva a resultados como disfunción cognitiva, policitemia y arritmias cardíacas. La hipercapnia puede deprimir el impulso ventilatorio, lo que lleva a una insuficiencia respiratoria progresiva.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas que afectan la ventilación En adultos, la variedad idiopática de hipoventilación relacionada con el sueño es muy poco común y está determinada por

excluyendo la presencia de enfermedades pulmonares, malformaciones esqueléticas, trastornos neuromusculares y otros trastornos médicos y neurológicos o medicamentos que afecten la ventilación. La hipoventilación relacionada con el sueño debe distinguirse de otras causas de hipoxemia relacionada con el sueño, como la debida a una enfermedad pulmonar.

Otros trastornos del sueño relacionados con la respiración. La hipoventilación relacionada con el sueño se puede distinguir de la hipopnea de la apnea obstructiva del sueño y de la apnea central del sueño según las características clínicas y los hallazgos en la polisomnografía. La hipoventilación relacionada con el sueño generalmente muestra períodos más sostenidos de desaturación de oxígeno en lugar de los episodios periódicos observados en la apnea obstructiva del sueño, la hipopnea y la apnea central del sueño. La apnea hipopnea obstructiva del sueño y la apnea central del sueño también muestran un patrón de episodios discretos de reducciones repetidas del flujo de aire que pueden estar ausentes en la hipoventilación relacionada con el sueño. Sin embargo, tanto las apneas obstructivas como las centrales y las hipopneas pueden ocurrir en asociación con la hipoventilación relacionada con el sueño. En la hipoventilación por obesidad, la mayoría de los individuos tendrán apnea obstructiva del sueño comórbida.

Comorbilidad La

hipoventilación relacionada con el sueño a menudo ocurre en asociación con un trastorno pulmonar (p. ej., enfermedad pulmonar intersticial, EPOC), con un trastorno neuromuscular o de la pared torácica (p. ej., distrofias musculares, síndrome pospolio, lesión de la médula espinal cervical, cifoescoliosis), con obesidad o, lo que es más relevante para el médico, con el uso de medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, opiáceos).

La hipoventilación alveolar central congénita a menudo ocurre en asociación con disfunción autonómica y puede ocurrir en asociación con la enfermedad de Hirschsprung. La EPOC, un trastorno de la obstrucción de las vías respiratorias inferiores generalmente asociado con el tabaquismo, puede provocar hipoventilación e hipoxemia relacionadas con el sueño. La presencia de apnea obstructiva del sueño coexistente

Se cree que la hipopnea exacerba la hipoxemia y la hipercapnia durante el sueño y la vigilia. La relación entre la hipoventilación alveolar central congénita y la hipoventilación relacionada con el sueño idiopática no está clara; en

En algunos individuos, la hipoventilación idiopática relacionada con el sueño puede representar casos de hipoventilación alveolar central congénita de inicio tardío.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3^a Edición (ICSD-3), reconoce seis subtipos de trastornos de hipoventilación del sueño. El síndrome de hipoventilación alveolar central congénita y la hipoventilación idiopática (hipoventilación alveolar central idiopática en la ICSD-3) se clasifican de manera idéntica en el DSM-5 y la ICSD-3. Sin embargo, los subtipos ICSD-3 del síndrome de hipoventilación por obesidad, la hipoventilación relacionada con el sueño debida a un medicamento o sustancia y la hipoventilación relacionada con el sueño debida a un trastorno médico se incluyen en la hipoventilación relacionada con el sueño comórbida en el DSM-5. El subtipo hipoventilación central de inicio tardío con disfunción hipotalámica no está en el DSM-5. El enfoque de clasificación del DSM-5 refleja la frecuente coexistencia de trastornos que conducen a hipoventilación e hipoxemia. Por el contrario, la clasificación utilizada en ICSD-3 refleja evidencia de que existen distintos procesos patogénicos relacionados con el sueño que conducen a la hipoventilación.

Trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia

Criterios de diagnóstico

- A. Un patrón persistente o recurrente de interrupción del sueño que se debe principalmente a una alteración del sistema circadiano o a un desajuste entre el ritmo circadiano endógeno y el horario de sueño-vigilia requerido por el entorno físico o el horario social o profesional de un individuo.
- B. La interrupción del sueño provoca somnolencia excesiva o insomnio, o ambos.

C. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional y otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique si:

G47.21 Tipo de fase de sueño retrasada: un patrón de inicio y despertar retrasados del sueño, con incapacidad para conciliar el sueño y despertar a una hora anterior deseada o convencionalmente aceptable.

Especificación

si: **Familiar:** hay antecedentes familiares de retraso en la fase del sueño.

Especifique

si: **Superposición con el tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas:** el tipo de fase de sueño retrasada puede superponerse con otro trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia, tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas.

G47.22 Tipo de fase avanzada del sueño: un patrón de inicio del sueño y tiempos de despertar avanzados, con incapacidad para permanecer despierto o dormido hasta el sueño o despertar posteriores deseados o convencionalmente aceptables.

Especificación

si: **Familiar:** hay antecedentes familiares de fase de sueño avanzada.

G47.23 Tipo de sueño-vigilia irregular: un patrón de sueño-vigilia temporalmente desorganizado, de modo que el momento de los períodos de sueño y vigilia es variable a lo largo del período de 24 horas.

G47.24 Tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas: un patrón de ciclos de sueño y vigilia que no está sincronizado con el ciclo de 24 horas.

ambiente, con una deriva diaria constante (por lo general a horas cada vez más tardías) de las horas de inicio del sueño y de vigilia.

G47.26 Tipo de trabajo por turnos: insomnio durante el período principal de sueño y/o somnolencia excesiva (incluido el sueño involuntario) durante el período principal de vigilia asociado con un horario de trabajo por turnos (es decir, que requiere horas de trabajo no convencionales).

G47.20 Tipo no especificado

Especificar si: **Episódico:** Los

síntomas duran al menos 1 mes pero menos de 3 meses.

Persistente: Los síntomas duran 3 meses o más.

Recurrente: Ocurren dos o más episodios en el espacio de 1 año.

Tipo de fase de sueño retrasada

Características diagnósticas

El tipo de fase de sueño retrasada se basa principalmente en un historial de retraso en el tiempo del período principal de sueño (generalmente más de 2 horas) en relación con el sueño deseado y el tiempo de despertar, lo que resulta en síntomas de insomnio y exceso de sueño. somnolencia. Cuando se les permite establecer su propio horario, las personas con un tipo de fase de sueño retrasada exhiben una calidad y duración del sueño normales para su edad. Los síntomas de insomnio al inicio del sueño, dificultad para despertarse por la mañana y somnolencia excesiva temprano en el día son prominentes.

Funciones asociadas

Las características comunes asociadas del tipo de fase de sueño retrasada incluyen antecedentes de trastornos mentales o un trastorno mental concurrente. También es común la dificultad extrema y prolongada para despertarse con confusión matutina. El trastorno de insomnio puede desarrollarse como resultado de conductas desadaptativas que alteran el sueño y aumentan la excitación debido a los repetidos intentos de conciliar el sueño en un momento anterior.

Predominio

La prevalencia del tipo de fase de sueño retrasada es más alta en adolescentes y adultos jóvenes, con tasas estimadas entre 3,3% y 4,6% en Noruega y Suecia. Los estudios de prevalencia en adultos arrojan tasas significativamente más bajas, estimadas en 0,2%–1,7% en Noruega y Nueva Zelanda. Aunque no se ha establecido la prevalencia del tipo de fase de sueño retrasada familiar, a menudo hay antecedentes familiares de fase de sueño retrasada en individuos con el tipo de fase de sueño retrasada.

Desarrollo y curso

El curso es

persistente, con exacerbaciones intermitentes a lo largo de la edad adulta en algunos individuos. Aunque la edad de inicio es variable, los síntomas suelen comenzar en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta y persisten durante varios meses o años antes de que se establezca el diagnóstico. La gravedad puede disminuir con la edad. La recaída de los síntomas es común.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida según las obligaciones sociales, escolares y laborales. La exacerbación generalmente se desencadena por un cambio en el horario laboral o escolar que requiere levantarse temprano. Las personas que pueden modificar sus horarios de trabajo para acomodar el sueño circadiano retrasado y el tiempo de vigilia pueden experimentar la remisión de los síntomas.

El aumento de la prevalencia en la adolescencia puede ser consecuencia de factores tanto fisiológicos como conductuales. Los cambios hormonales pueden estar involucrados específicamente, ya que el retraso en la fase de sueño se asocia con el inicio de la pubertad. Por lo tanto, el tipo de fase de sueño retrasado en los adolescentes debe diferenciarse del retraso común en la sincronización de los ritmos circadianos en este grupo de edad. En la forma familiar, el curso es persistente y puede no mejorar significativamente con la edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Los factores predisponentes pueden incluir un período circadiano más largo que el promedio, cambios en la sensibilidad a la luz y alteración del impulso homeostático del sueño. Algunas personas con el tipo de fase de sueño retrasada pueden ser hipersensibles a la luz del atardecer, lo que puede servir como una señal de retraso para

el reloj circadiano, o pueden ser hiposensibles a la luz de la mañana de modo que se reducen sus efectos de avance de fase. Los factores genéticos pueden desempeñar un papel en la patogenia de las formas familiares y esporádicas del tipo de fase de sueño retrasada. Un estudio de familias no relacionadas que mostró una fuerte heredabilidad del trastorno describió una mutación en el gen del reloj, **CRY1**, que ocurre en aproximadamente el 0,6% de la población, lo que da como resultado una mayor inhibición de la transcripción de los genes del reloj activador, **CLOCK** y **BMAL1**.

Marcadores de diagnóstico

La confirmación del diagnóstico incluye una historia completa y el uso de un diario de sueño o actígrafo (es decir, un detector de movimiento que se lleva en la muñeca y monitorea la actividad motora durante períodos prolongados; si se mide durante al menos 7 días, la actividad motora se puede usar como un proxy para los patrones de sueño-vigilia). El período cubierto debe incluir los fines de semana, cuando las obligaciones sociales y laborales son menos estrictas, para garantizar que el individuo muestre un patrón de sueño-vigilia constantemente retrasado. El marcador de fase derivado de laboratorio más comúnmente disponible es el tiempo de inicio de melatonina en luz tenue salival (DLMO). Sin embargo, no todas las personas con fase de sueño retrasada presentan DLMO retrasada.

Una investigación de individuos rigurosamente diagnosticados encontró que solo el 57 % exhibió retrasos en la fase fisiológica (medidos por un tiempo de DLMO posterior a la hora de acostarse deseada), mientras que el 43 % restante tuvo tiempos de DLMO que ocurrieron antes de la hora de acostarse deseada. Como se señaló anteriormente, el comportamiento, en lugar de la alteración fisiológica circadiana, puede desempeñar un papel más predominante en el último grupo (DLMO anterior). Teniendo esto en cuenta, los marcadores de fase pueden, en última instancia, demostrar más valor para la optimización del momento del tratamiento y/o como una medida de la respuesta al tratamiento.

Consecuencias funcionales del tipo de fase de sueño retrasada

La somnolencia excesiva temprano en el día es prominente. También es común la dificultad extrema y prolongada para despertarse con confusión matutina (es decir, inercia del sueño). La gravedad de los síntomas de insomnio y somnolencia excesiva varía sustancialmente entre los individuos y depende en gran medida de las demandas laborales y sociales del individuo.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normativas en el sueño. El tipo de fase de sueño retrasada debe distinguirse de los patrones de sueño "normales" en los que una persona tiene un horario retrasado que no causa angustia personal, social u ocupacional (más comúnmente visto en adolescentes y adultos jóvenes).

Otros trastornos del sueño. El insomnio y otros trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia deben incluirse en el diferencial. La somnolencia excesiva también puede ser causada por otros trastornos del sueño, como trastornos del sueño relacionados con la respiración, insomnio, síndrome de piernas inquietas y trastornos médicos, neurológicos y mentales. La polisomnografía nocturna puede ayudar a evaluar otros trastornos del sueño comórbidos, como la apnea del sueño. Sin embargo, la naturaleza circadiana del tipo de fase de sueño retrasada debería diferenciarlo de otros trastornos con quejas similares.

Comorbilidad El

tipo de fase de sueño retrasada se asocia con trastornos depresivos, trastornos de personalidad, trastorno de síntomas somáticos o trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por déficit de atención/hiperactividad y trastorno del espectro autista. Además, los trastornos del sueño comórbidos, como el trastorno de insomnio, el síndrome de piernas inquietas y la apnea del sueño, como

446

así como los trastornos depresivos y bipolares y los trastornos de ansiedad, pueden exacerbar los síntomas de insomnio y somnolencia excesiva. El tipo de fase de sueño retrasada puede superponerse con otro trastorno de sueño-vigilia del ritmo circadiano, tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas. Las personas videntes con un trastorno del tipo de sueño y vigilia que no son de 24 horas también suelen tener antecedentes de retraso en la fase circadiana del sueño.

Tipo de fase de sueño avanzado

Especificadores

La presencia de antecedentes familiares de tipo de fase avanzada del sueño puede indicarse con el especificador "familiar". En la forma familiar, específica

las mutaciones demuestran un modo de herencia autosómico dominante, el curso es persistente y la gravedad de los síntomas puede aumentar con la edad.

No se ha establecido la prevalencia del tipo de fase avanzada del sueño familiar.

Características de

diagnóstico El tipo de fase avanzada del sueño se caracteriza por horas de sueño y vigilia que son varias horas antes de las horas deseadas o convencionales. El diagnóstico se basa principalmente en una historia de un avance en el momento del período de sueño principal (generalmente más de 2 horas) en relación con el tiempo deseado de sueño y despertar, con síntomas de insomnio temprano en la mañana y somnolencia diurna excesiva. Cuando se les permite establecer su horario, las personas con un tipo de fase de sueño avanzada exhibirán una calidad y duración del sueño normales.

Funciones asociadas

Las personas con el tipo de fase de sueño avanzada son "tipos matutinos", con horas de sueño y vigilia más tempranas, con biomarcadores circadianos como la melatonina y los ritmos de temperatura corporal central que ocurren de 2 a 4 horas antes de lo normal. Cuando se requiere mantener un horario convencional que requiere retrasar la hora de acostarse, estas personas continuarán levantándose temprano, lo que provocará una privación persistente del sueño y somnolencia diurna. El uso de hipnóticos o alcohol para combatir el insomnio de mantenimiento del sueño y estimulantes para reducir la somnolencia diurna puede conducir al abuso de sustancias en estos individuos.

Predominio

La prevalencia estimada del tipo de fase avanzada del sueño es de aproximadamente el 1% en adultos de mediana edad en los Estados Unidos. Los tiempos de sueño y vigilia y el avance de la fase circadiana en personas mayores probablemente expliquen la mayor prevalencia en esta población.

Desarrollo y curso El inicio suele ser

en la edad adulta tardía, aunque en la forma familiar, el inicio puede ser más temprano (durante la niñez o la edad adulta temprana). El curso es típicamente

persistente, que dura más de 3 meses, pero la gravedad puede aumentar según los horarios laborales y sociales. El tipo de fase avanzada del sueño es más común en adultos mayores.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida según las obligaciones sociales, escolares y laborales. Las personas que pueden modificar sus horarios de trabajo para adaptarse al ritmo circadiano avanzado de sueño y vigilia pueden experimentar la remisión de los síntomas. El aumento de la edad tiende a adelantar la fase de sueño. Sin embargo, no está claro si el tipo de fase de sueño avanzado común asociado con la edad es atribuible únicamente a un cambio en el tiempo circadiano (como se ve en la forma familiar) o también a cambios relacionados con la edad en la regulación homeostática del sueño, lo que resulta en un despertar más temprano. . La gravedad, la remisión y la recaída de los síntomas dependen de la adherencia a los tratamientos conductuales y ambientales diseñados para controlar la estructura del sueño y la vigilia y la exposición a la luz.

447

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental.

La disminución de la exposición a la luz al final de la tarde/primera hora de la noche y/o el aumento de la exposición a la luz de la mañana temprano debido al despertar temprano en la mañana puede aumentar el riesgo de tipo de fase de sueño avanzado al avanzar los ritmos circadianos. Al acostarse temprano, estos individuos no están expuestos a la luz en la región de retraso de fase de la curva, lo que resulta en la perpetuación de la fase avanzada. En el tipo de fase de sueño avanzada familiar, un acortamiento del período circadiano endógeno puede resultar en una fase de sueño avanzada, aunque el período circadiano no parece disminuir sistemáticamente con la edad.

Genético y fisiológico.

El tipo de fase avanzada del sueño ha demostrado un modo de herencia autosómico dominante, que incluye una mutación del gen **PER2** que causa hipofosforilación de la proteína PER2 y una mutación sin sentido en **CKI**.

Marcadores de diagnóstico Un

diario del sueño y la actigrafía se utilizan como marcadores de diagnóstico, como se describió anteriormente para el tipo de fase de sueño retrasada.

Consecuencias funcionales del tipo de fase avanzada del sueño La somnolencia excesiva asociada con la fase avanzada del sueño puede tener un efecto negativo en el rendimiento cognitivo, la interacción social y la seguridad. El uso de agentes que promueven el despertar para combatir la somnolencia más tarde en el día o sedantes para inhibir el despertar temprano en la mañana puede aumentar el potencial de abuso de sustancias.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales en el sueño. Deben tenerse en cuenta los factores conductuales, como los horarios de sueño irregulares, el despertar temprano voluntario y la exposición a la luz temprano en la mañana, en particular en los adultos mayores.

Otros trastornos que provocan el despertar temprano en la mañana. Se debe prestar especial atención para descartar otros trastornos del sueño y la vigilia (p. ej., trastorno de insomnio), otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastornos bipolares) y afecciones médicas que pueden causar despertar temprano en la mañana.

Comorbilidad Los

intentos repetitivos de reanudar el sueño y el desarrollo de cogniciones desadaptativas y comportamientos relacionados con el sueño pueden dar lugar al desarrollo de un trastorno de insomnio comórbido que requiere atención clínica.

Tipo de sueño-vigilia irregular

Características de

diagnóstico El tipo de sueño-vigilia irregular se caracteriza por una falta de ritmo circadiano discernible de sueño-vigilia. El diagnóstico del tipo de sueño-vigilia irregular se basa principalmente en un historial de síntomas de insomnio por la noche (durante el período habitual de sueño) y somnolencia excesiva (siestas) durante el día. No hay un período importante de sueño, y los períodos de sueño y vigilia a lo largo de 24 horas están fragmentados, con el sueño fragmentado en al menos tres períodos durante las 24 horas del día. El período de sueño más largo tiende a ocurrir entre las 2:00 a . m. y las 6:00 a . m . y suele ser < 4 horas.

Funciones asociadas

Una historia de aislamiento o reclusión puede ocurrir en asociación con el trastorno y contribuir a los síntomas a través de la falta de estímulos externos para ayudar a desarrollar un patrón normal.

448

Las personas o sus cuidadores informan siestas frecuentes a lo largo del día.

El tipo de sueño-vigilia irregular se asocia más comúnmente con trastornos neurodegenerativos, como el trastorno neurocognitivo mayor y muchos trastornos del desarrollo neurológico en los niños.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del tipo de sueño-vigilia irregular en la población general.

Desarrollo y curso El curso

del tipo sueño-vigilia irregular es persistente. La edad de inicio es variable, pero el trastorno es más común en adultos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La exposición reducida a la luz ambiental y la actividad diurna estructurada pueden estar asociadas con un ritmo circadiano de baja amplitud. Las personas hospitalizadas son especialmente propensas a tales estímulos de arrastre externos débiles, e incluso fuera del entorno hospitalario, las personas con trastornos neurocognitivos importantes están expuestas a una luz significativamente menos brillante.

Genético y fisiológico. Los trastornos neurodegenerativos, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington, y los trastornos del neurodesarrollo en los niños aumentan el riesgo de un tipo de sueño-vigilia irregular.

Marcadores de diagnóstico

Un historial de sueño detallado y un diario de sueño (escrito por un cuidador) o una actigrafía ayudan a confirmar el patrón irregular de sueño y vigilia.

Consecuencias funcionales del tipo de sueño- vigilia irregular La falta de un período de sueño y vigilia importante claramente discernible en el tipo de sueño-vigilia irregular da como resultado insomnio o somnolencia excesiva en momentos irregulares del día. La interrupción del sueño del cuidador también ocurre con frecuencia y es una consideración importante.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normativas en el sueño.

El tipo de vigilia-sueño irregular debe distinguirse de un horario de vigilia-sueño irregular voluntario y de una mala higiene del sueño, que puede provocar insomnio y somnolencia excesiva.

Otras condiciones médicas y trastornos mentales.

Se deben considerar otras causas de insomnio y somnolencia diurna, incluidas condiciones médicas comórbidas y trastornos mentales o medicamentos.

Comorbilidad El

tipo de sueño-vigilia irregular a menudo es comórbido con trastornos neurodegenerativos y del neurodesarrollo, como el trastorno neurocognitivo mayor, el trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) y la lesión cerebral traumática. También es comórbido con otras condiciones médicas y trastornos mentales en los que existe aislamiento social y/o falta de actividades ligeras y estructuradas.

Tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas

Características diagnósticas

El diagnóstico del tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas se basa principalmente en antecedentes de síntomas de insomnio o somnolencia excesiva relacionada con una sincronización anormal entre el ciclo de luz-oscuridad de 24 horas y el ritmo circadiano endógeno. Los individuos típicamente presentan períodos de insomnio, somnolencia excesiva, o ambos, que se alternan con breves

períodos asintomáticos. Comenzando con el período asintomático, cuando la fase de sueño del individuo está alineada con el entorno externo, la latencia del sueño aumentará gradualmente y el individuo se quejará de insomnio al inicio del sueño. A medida que la fase de sueño continúa desplazándose de modo que el tiempo de sueño ahora es durante el día, el individuo tendrá problemas para mantenerse despierto durante el día y se quejará de somnolencia. Debido a que el período circadiano no está alineado con el entorno externo de 24 horas, los síntomas dependerán de cuándo un individuo intente dormir en relación con el ritmo circadiano de la propensión al sueño.

Funciones asociadas

El tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas es más común entre las personas ciegas o con discapacidad visual que tienen una percepción de la luz disminuida. En las personas videntes, a menudo hay antecedentes de retraso en la fase de sueño y de menor exposición a la luz y a la actividad física y social estructurada. Las personas videntes con un tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas también demuestran una mayor duración del sueño.

Predominio

La prevalencia del tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas en la población general no está clara, pero el trastorno parece raro en personas videntes. Se estima que la prevalencia en personas ciegas en los Estados Unidos es del 50%.

Desarrollo y curso

El curso del tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas es persistente, con remisión intermitente y exacerbaciones como resultado de cambios en los horarios laborales y sociales a lo largo de la vida. La edad de inicio es variable, dependiendo del inicio de la discapacidad visual. En las personas videntes, debido a la superposición con el tipo de fase de sueño retrasada, el tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas puede desarrollarse en la adolescencia o en la adultez temprana. La remisión y la recaída de los síntomas en personas ciegas y videntes dependen en gran medida de la adherencia a los tratamientos diseñados para controlar la estructura del sueño y la vigilia y la exposición a la luz.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida según las obligaciones sociales, escolares y laborales. En adolescentes y adultos, sueño irregular-

los horarios de vigilia y la exposición a la luz o la falta de luz en momentos críticos del día pueden exacerbar los efectos de la pérdida de sueño y alterar el ritmo circadiano. En consecuencia, los síntomas de insomnio, somnolencia diurna y funcionamiento escolar, laboral e interpersonal pueden empeorar.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. En las personas videntes, la disminución de la exposición o la sensibilidad a la luz y las señales de actividad física y social pueden contribuir a un ritmo circadiano libre. Con la alta frecuencia de trastornos mentales que implican aislamiento social y casos de tipo sueño-vigilia que no duran las 24 horas que se desarrollan después de un cambio en los hábitos de sueño (p. ej., turno de noche, pérdida del trabajo), los factores conductuales en combinación con la tendencia fisiológica pueden precipitar y perpetuar este trastorno en individuos videntes. Las personas hospitalizadas con trastornos neurológicos y psiquiátricos pueden volverse insensibles a las señales sociales, predisponiéndolos al desarrollo del tipo de sueño y vigilia que no son de 24 horas.

Genético y fisiológico. La ceguera es un factor de riesgo para el tipo de sueño que no es de 24 horas. El tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas se ha asociado con lesiones cerebrales traumáticas.

Marcadores de diagnóstico

El diagnóstico se confirma mediante la anamnesis y el diario del sueño o la actigrafía durante un período prolongado. La medición secuencial de marcadores de fase (p. ej., melatonina) puede ayudar a determinar la fase circadiana tanto en personas videntes como ciegas.

450

Consecuencias funcionales del tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas Son prominentes las quejas de insomnio (inicio y mantenimiento del sueño), somnolencia excesiva, o ambos. La imprevisibilidad de los tiempos de sueño y vigilia (por lo general, una deriva de retraso diario) da como resultado dificultades para asistir a la escuela o mantener un trabajo estable y puede aumentar el potencial de aislamiento social.

Diagnóstico diferencial Otros

trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia. En las personas videntes, el tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas debe diferenciarse del tipo de fase de sueño retrasada, ya que las personas con el tipo de fase de sueño retrasada pueden mostrar un retraso progresivo similar en el período de sueño durante varios días.

Trastornos depresivos. Los trastornos depresivos pueden provocar una desregulación circadiana y síntomas similares.

Comorbilidad La

ceguera a menudo es comórbida con el tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas, al igual que los trastornos depresivos y bipolares con aislamiento social.

Tipo de trabajo por turnos

Características de diagnóstico

El diagnóstico se basa principalmente en el historial del individuo que trabaja fuera del horario diurno normal de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (particularmente de noche) en un horario regular (es decir, sin horas extra). Los síntomas de somnolencia excesiva en el trabajo y problemas de sueño en el hogar, de manera persistente, son prominentes. La presencia de ambos conjuntos de síntomas generalmente se requiere para un diagnóstico de tipo de trabajo por turnos. Por lo general, cuando el individuo vuelve a una rutina de trabajo diurno, los síntomas desaparecen.

Predominio

La prevalencia del tipo de trabajo por turnos no está clara, pero se estima que el trastorno afecta al 5%-10% de la población de trabajadores nocturnos en los Estados Unidos (16%-20% de la fuerza laboral). La prevalencia aumenta con el avance hacia la mediana edad y más allá.

El tipo de trabajo Desarrollo y Turno de

curso puede aparecer en personas de cualquier edad, pero es más frecuente en personas mayores de 50 años y, por lo general, empeora con el paso del tiempo si persiste el horario de trabajo disruptivo. Aunque los adultos mayores pueden

muestran tasas similares de ajuste de la fase circadiana a un cambio en la rutina que los adultos más jóvenes, parecen experimentar una interrupción del sueño significativamente mayor como consecuencia del cambio de fase circadiana.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores predisponentes incluyen una disposición de tipo matutino y la necesidad de largos períodos de sueño (es decir, más de 8 horas) para sentirse bien descansado.

Ambiental. Tratar de equilibrar las necesidades sociales y domésticas que compiten fuertemente (p. ej., en los padres de niños pequeños) puede conducir al desarrollo del tipo de trabajo por turnos. Las personas que pueden comprometerse con un estilo de vida nocturno, con pocas demandas competitivas orientadas al día, parecen estar en menor riesgo para el tipo de trabajo por turnos.

451

Genético y fisiológico. Debido a que los trabajadores por turnos tienen más probabilidades de ser obesos que los trabajadores diurnos, la apnea obstructiva del sueño puede estar presente y puede exacerbar los síntomas.

Marcadores de diagnóstico Un

historial y un diario de sueño o una actigrafía pueden ser útiles en el diagnóstico, como se mencionó anteriormente para el tipo de fase de sueño retrasada.

Consecuencias funcionales del tipo de trabajo por turnos Las personas con un tipo de trabajo por turnos no solo pueden desempeñarse mal en el trabajo, sino que también parecen estar en riesgo de sufrir accidentes tanto en el trabajo como en el camino a casa. Las personas con antecedentes de trastorno bipolar son particularmente vulnerables a los episodios de manía relacionados con el trabajo por turnos que resultan de las noches perdidas de sueño. El tipo de trabajo por turnos a menudo resulta en problemas interpersonales.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normativas en el sueño con el trabajo por turnos: El diagnóstico del tipo de trabajo por turnos, en contraposición a las dificultades “normales” del trabajo por turnos, depende en algunos

grado en la severidad de los síntomas y/o el nivel de angustia experimentado por el individuo.

Otros trastornos del sueño. La presencia de síntomas del tipo de trabajo por turnos, incluso cuando el individuo puede vivir con una rutina orientada al día durante varias semanas seguidas, puede sugerir la presencia de otros trastornos del sueño, como apnea del sueño, insomnio y narcolepsia, que deben descartarse. fuera.

Descompensación horaria. Las personas que viajan a través de muchas zonas horarias con mucha frecuencia pueden experimentar efectos similares a los que experimentan las personas con un tipo de trabajo por turnos que trabajan en turnos rotativos. La distinción debe ser clara, basada en el historial de viajes.

Comorbilidad El

tipo de trabajo por turnos se ha asociado con un mayor trastorno por consumo de alcohol, otros trastornos por consumo de sustancias y depresión. Se ha encontrado que una variedad de trastornos de la salud física (p. ej., trastornos gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer) están asociados con la exposición prolongada al trabajo por turnos.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición, los trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia son muy similares al DSM-5, pero también incluyen el tipo de desfase horario.

parasomnias

Las **parasomnias** son trastornos caracterizados por eventos conductuales, experienciales o fisiológicos anormales que ocurren en asociación con el sueño, etapas específicas del sueño o transiciones entre el sueño y la vigilia. Las parasomnias más comunes son los trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM, por sus siglas en inglés) y el trastorno conductual del sueño con movimientos oculares rápidos (REM, por sus siglas en inglés). Cada una de estas condiciones tiene una fisiopatología, características clínicas y pronóstico distintos.

y consideraciones terapéuticas discutidas en las siguientes secciones específicas para cada trastorno.

452

Despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos Trastornos

Criterios de diagnóstico

- A. Episodios recurrentes de despertar incompleto del sueño, que generalmente ocurren durante el primer tercio del episodio principal del sueño, acompañados de cualquiera de los siguientes:
 1. **Sonambulismo:** Episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y caminar. Mientras camina dormido, el individuo tiene una cara inexpresiva y fija; es relativamente insensible a los esfuerzos de los demás por comunicarse con él o ella; y puede ser despertado sólo con gran dificultad.
 2. **Terror nocturno:** episodios recurrentes de despertares repentinos de terror durante el sueño, que generalmente comienzan con un grito de pánico. Hay miedo intenso y signos de excitación autonómica, como midriasis, taquicardia, respiración rápida y sudoración, durante cada episodio. Hay una falta de respuesta relativa a los esfuerzos de los demás para consolar al individuo durante los episodios.
- B. Ninguna o poca (p. ej., una sola escena visual) imagen onírica es recordado.
- C. Hay amnesia de los episodios.
- D. Los episodios causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

F. Los trastornos mentales y las condiciones médicas coexistentes no explican los episodios de sonambulismo o terrores nocturnos.

Especificar si: F51.3

Tipo de sonambulismo

Especificar si: Con alimentación

relacionada con el sueño Con

comportamiento sexual relacionado con el sueño (sexsomnia)

F51.4 Tipo de terror nocturno

Características diagnósticas

La característica esencial de los trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos (NREM, por sus siglas en inglés) es la aparición repetida de despertares incompletos, que suelen comenzar durante el primer tercio del episodio principal del sueño (Criterio A), que suelen ser breves, con una duración de 1 a 10 días. minutos, pero puede prolongarse, con una duración de hasta 1 hora. Se desconoce la duración máxima de un evento. Los ojos suelen estar abiertos durante estos eventos.

Muchos individuos exhiben ambos subtipos de excitación (es decir, tipo de sonambulismo y tipo de terror nocturno) en diferentes ocasiones, lo que subraya la fisiopatología subyacente unitaria. Los subtipos reflejan diversos grados de ocurrencia simultánea de vigilia y sueño NREM, lo que da como resultado comportamientos complejos que surgen del sueño con diversos grados de conciencia, actividad motora y activación autónoma.

La característica esencial del **sonambulismo** son los episodios repetidos de conducta motora compleja que se inician durante el sueño, como levantarse de la cama y caminar (Criterio A1). Los episodios de sonambulismo comienzan durante cualquier etapa del sueño NREM, más comúnmente durante el sueño de ondas lentas y, por lo tanto, ocurren con mayor frecuencia durante el primer tercio de la noche. Durante los episodios, el individuo tiene un estado de alerta y una capacidad de respuesta reducidos, una mirada en blanco y una falta de respuesta relativa a la comunicación con los demás o a los esfuerzos de los demás por despertar al individuo. Si se despierta durante el episodio (o al despertar a la mañana siguiente), el

el individuo tiene un recuerdo limitado del episodio. Después del episodio, inicialmente puede haber un breve período de confusión o dificultad para orientarse, seguido de una recuperación total de la función cognitiva y el comportamiento apropiado.

La característica esencial de **los terrores nocturnos** es la aparición repetida de despertares precipitados del sueño, que suelen comenzar con un grito o llanto de pánico (Criterio A2). Los terrores nocturnos por lo general comienzan durante el primer tercio del episodio principal de sueño y duran de 1 a 10 minutos, pero pueden durar considerablemente más, en particular en los niños. Los episodios se acompañan de una excitación autonómica impresionante y manifestaciones conductuales de miedo intenso. Durante un episodio, es difícil despertar o consolar al individuo. Si el individuo se despierta después del terror del sueño, se recuerda poco o nada del sueño, o solo imágenes individuales fragmentarias. Durante un episodio típico de terrores nocturnos, el individuo se sienta bruscamente en la cama gritando o llorando, con una expresión de miedo y signos autonómicos de ansiedad intensa (p. ej., taquicardia, respiración rápida, sudoración, dilatación de las pupilas). El individuo puede estar inconsolable y por lo general no responde a los esfuerzos de los demás por despertarlo o consolarlo. Los terrores nocturnos también se denominan “terrores nocturnos” o “pavor nocturno”.

Para ambos subtipos de trastornos del despertar del sueño NREM, la determinación de “trastorno” depende de una serie de factores, que pueden variar según el individuo y dependerán de la frecuencia de los eventos, el potencial de violencia o conductas dañinas, la vergüenza o la interrupción/ angustia de otros miembros del hogar. La determinación de la gravedad se hace mejor con base en la naturaleza o consecuencia de los comportamientos en lugar de simplemente en la frecuencia.

Funciones asociadas

Los episodios de sonambulismo pueden incluir una amplia variedad de comportamientos. Los episodios pueden comenzar con confusión: es posible que el individuo simplemente se siente en la cama, mire a su alrededor o toque la manta o la sábana. Este comportamiento se vuelve entonces progresivamente complejo. El individuo puede realmente dejar la cama y caminar hacia los armarios, fuera de la habitación e incluso fuera de los edificios. Las personas pueden usar el baño, comer, hablar o participar en comportamientos más complejos. También pueden ocurrir intentos frenéticos y de carrera para escapar de alguna amenaza aparente. La mayoría

las conductas durante los episodios de sonambulismo son rutinarias y de baja complejidad.

Sin embargo, se han reportado casos de abrir puertas e incluso operar maquinaria (conducir un automóvil). El sonambulismo también puede incluir un comportamiento inapropiado (p. ej., comúnmente, orinar en un armario o papelera). La mayoría de los episodios duran de varios minutos a media hora, pero pueden ser más prolongados. Dado que el sueño es un estado de analgesia relativa, las lesiones dolorosas sufridas durante el sonambulismo pueden no apreciarse hasta que se despierta después del hecho.

Hay dos formas "especializadas" de sonambulismo: el comportamiento alimentario relacionado con el sueño y el comportamiento sexual relacionado con el sueño (*sexsomnia* o sexo durante el sueño). Las personas con **alimentación relacionada con el sueño** experimentan episodios recurrentes no deseados de alimentación con diversos grados de amnesia, que van desde la ausencia de conciencia hasta la plena conciencia sin la capacidad de evitar o dejar de comer.

Durante estos episodios, se pueden ingerir alimentos inapropiados o incluso artículos no alimentarios (es decir, envoltorios de dulces, cajas de comida pequeñas o incluso juguetes pequeños).

Las personas con trastornos alimentarios relacionados con el sueño pueden encontrar evidencia de que comen solo a la mañana siguiente. En **la sexsomnia**, diversos grados de actividad sexual (p. ej., masturbación, caricias, manoseos, relaciones sexuales) ocurren como comportamientos complejos que surgen del sueño sin conciencia. Esta condición es más común en hombres y puede resultar en serios problemas de relaciones interpersonales o consecuencias médico-legales.

Durante un episodio típico de terrores nocturnos, a menudo hay una sensación de pavor abrumador, con una compulsión por escapar. Aunque pueden ocurrir imágenes fragmentarias de sueños vívidos, no se informa una secuencia de sueños parecida a una historia (como en las pesadillas). Lo más común es que el individuo no se despierte por completo, sino que vuelva a dormirse y tenga amnesia para el episodio al despertarse a la mañana siguiente. Por lo general, solo ocurrirá un episodio en una noche. Ocasionalmente, pueden ocurrir varios episodios a intervalos a lo largo de la noche. Estos eventos rara vez surgen durante las siestas diurnas.

Predominio

Los comportamientos de despertar del sueño NREM aislados o infrecuentes son muy comunes en la población general en todo el mundo. Del 10% al 30% de los niños han tenido

al menos un episodio de sonambulismo, y la tasa de prevalencia de 12 meses entre países para el sonambulismo en niños es de aproximadamente 5%. Se estima que la prevalencia de episodios de sonambulismo (no del trastorno de sonambulismo) es del 12 % al 14,5 % de los niños en Canadá y del 1,0 % al 7,0 % entre los adultos en el Reino Unido, con episodios semanales o mensuales que ocurren en solo el 0,5 % al 0,7 % de los niños. Los estimaciones de la prevalencia general del sonambulismo a lo largo de la vida oscilan entre aproximadamente el 6,9 % y el 29,2 % en todo el mundo, con una prevalencia del sonambulismo en el último año del 1,5 % al 3,6 % en adultos.

Se desconoce la prevalencia del trastorno de terror del sueño en la población general. La prevalencia de episodios de terror nocturno (a diferencia del trastorno de terror nocturno, en el que hay recurrencia y angustia o deterioro) es de aproximadamente 34,4 %-36,9 % a los 18 meses de edad y 19,7 % a los 30 meses de edad en niños pequeños canadienses, y 2,2 % en adultos canadienses y británicos.

Desarrollo y curso Los trastornos del

despertar del sueño NREM ocurren más comúnmente en la infancia y disminuyen en frecuencia con el aumento de la edad. El sonambulismo y los terrores nocturnos con frecuencia se superan después de la infancia y la niñez y se vuelven menos frecuentes en la adolescencia, con tasas de remisión entre 50% y 65%; para personas de 10 a 18 años de edad, se informa una frecuencia del 1,1 % para el sonambulismo y del 0,6 % para los terrores nocturnos.

La actividad violenta o sexual durante los episodios de sonambulismo es más probable que ocurra en adultos. El inicio del sonambulismo en adultos sin antecedentes de sonambulismo en la infancia debe impulsar la búsqueda de etiologías específicas, como apnea obstructiva del sueño, convulsiones nocturnas o efecto de medicación.

Los niños mayores y los adultos pueden proporcionar un recuerdo más detallado de las imágenes de miedo asociadas con los terrores nocturnos que los niños más pequeños, quienes tienen más probabilidades de tener amnesia completa o informar solo una vaga sensación de miedo.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El uso de sedantes, la privación del sueño, las interrupciones del horario de sueño y vigilia, la fatiga y el estrés físico o emocional aumentan la probabilidad de episodios. La fiebre y la falta de sueño pueden producir una mayor frecuencia de trastornos del despertar del sueño NREM.

Genético y fisiológico. Puede haber antecedentes familiares de sonambulismo o terrores nocturnos hasta en el 80 % de las personas con sonambulismo. El riesgo de sonambulismo aumenta aún más (hasta en un 60 % de los hijos) cuando ambos padres tienen antecedentes del trastorno. Se ha descrito la agregación familiar de los terrores nocturnos y el sonambulismo, ya que los antecedentes de sonambulismo de los padres predicen incidentes y persistentes terrores nocturnos en la descendencia. Las personas con terrores nocturnos con frecuencia tienen antecedentes familiares positivos de terrores nocturnos o sonambulismo, con un aumento de hasta 10 veces en la prevalencia del trastorno entre los parientes biológicos de primer grado. Los terrores nocturnos son mucho más comunes en gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos. Se desconoce el modo exacto de herencia.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Comer durante los episodios de sonambulismo es más común en las mujeres.

El sonambulismo ocurre con más frecuencia en las niñas durante la infancia, pero más a menudo en los hombres durante la edad adulta.

Entre los niños, los terrores nocturnos son más comunes en los niños que en las niñas.

Entre los adultos, son igualmente comunes en hombres y mujeres.

455

Marcadores de diagnóstico Los

trastornos del despertar del sueño NREM surgen de cualquier etapa del sueño NREM, pero más comúnmente del sueño NREM profundo (sueño de ondas lentas). Es más probable que aparezcan en el primer tercio de la noche y no suelen ocurrir durante las siestas diurnas. Durante el episodio, el polisomnograma puede oscurecerse con artefactos de movimiento. En ausencia de dicho artefacto, el electroencefalograma (EEG) puede mostrar una variedad de patrones, incluida la continuación de la actividad delta rítmica hasta el despertar, lo que indica un despertar parcial o incompleto; o alternativamente, se puede observar actividad de EEG de frecuencia theta, alfa o mixta durante el episodio, con frecuentes despertares de EEG mixtos de frecuencia lenta/mixta durante el sueño de ondas lentas que son más comunes en individuos con trastornos del despertar del sueño NREM que en sujetos de control. A diferencia de un ataque epiléptico, los trastornos de parasomnia del sueño NREM de

excitación no muestran características de evolución espaciotemporal de los ritmos EEG durante el episodio.

La polisomnografía junto con la monitorización audiovisual se puede utilizar para documentar episodios de sonambulismo. En ausencia de capturar realmente un evento durante un registro polisomnográfico, no hay características polisomnográficas confiables que puedan servir como marcador para el sonambulismo. La privación del sueño puede aumentar la probabilidad de capturar un evento. Como grupo, los individuos sonámbulos muestran inestabilidad del sueño NREM profundo, pero la superposición de los hallazgos con personas que no son sonámbulos es lo suficientemente grande como para impedir el uso de este indicador para establecer un diagnóstico. A diferencia de los despertares del sueño REM asociados con pesadillas, en los que hay un aumento de la frecuencia cardíaca y la respiración antes del despertar, los despertares del sueño NREM de los terrores nocturnos comienzan precipitadamente a partir del sueño, sin cambios autonómicos anticipatorios. Los despertares se asocian con una actividad autonómica impresionante, con la duplicación o triplicación. La fisiopatología no se comprende bien, pero parece haber inestabilidad en las etapas más profundas del sueño NREM. Además de capturar un evento durante un estudio formal del sueño, no existen indicadores polisomnográficos confiables de la tendencia a experimentar terrores nocturnos.

Consecuencias funcionales de los trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos Para que se realice el diagnóstico de un trastorno del despertar del sueño NREM, el individuo o los miembros del hogar deben experimentar malestar o deterioro clínicamente significativos, aunque tales síntomas pueden ocurrir ocasionalmente en poblaciones no clínicas y serían subumbrales. para el diagnóstico.

La vergüenza por los episodios puede perjudicar las relaciones sociales. Puede resultar en aislamiento social o dificultades laborales. Con poca frecuencia, los trastornos del despertar del sueño NREM pueden provocar lesiones graves en el individuo o en alguien que intenta consolarlo. Las lesiones a otros se limitan a los que están muy cerca; los individuos no son "buscados". Para las personas con conductas alimentarias relacionadas con el sueño, preparar o comer alimentos sin saberlo durante el período de sueño puede crear problemas como un control deficiente de la diabetes, aumento de peso, lesiones (cortes y quemaduras) o consecuencias de

comer productos no comestibles peligrosos o tóxicos. Los trastornos del despertar del sueño NREM rara vez pueden dar lugar a conductas violentas o dañinas con implicaciones forenses.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de pesadilla. A diferencia de las personas con trastornos del despertar del sueño NREM, las personas con trastorno de pesadillas generalmente se despiertan con facilidad y por completo, informan sueños vívidos parecidos a historias que acompañan a los episodios y tienden a tener episodios más tarde en la noche. Los trastornos del despertar del sueño NREM ocurren durante el sueño NREM, mientras que las pesadillas generalmente ocurren durante el sueño REM. Los padres de niños con trastornos del despertar del sueño NREM pueden malinterpretar los informes de imágenes fragmentadas como pesadillas.

456

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. Los trastornos respiratorios durante el sueño también pueden producir despertares confusos con amnesia subsiguiente. Sin embargo, los trastornos del sueño relacionados con la respiración también se caracterizan por síntomas de ronquidos, pausas en la respiración y somnolencia diurna. En algunas personas, un trastorno del sueño relacionado con la respiración puede precipitar episodios de sonambulismo.

Trastorno de conducta del sueño REM. El trastorno del comportamiento del sueño REM puede ser difícil de distinguir de los trastornos del despertar del sueño NREM. El trastorno del comportamiento del sueño REM se caracteriza por episodios de movimientos complejos y prominentes, que a menudo implican lesiones personales que surgen del sueño. A diferencia de los trastornos del despertar del sueño NREM, el trastorno del comportamiento del sueño REM ocurre durante el sueño REM. Las personas con trastorno de conducta del sueño REM pueden despertarse fácilmente durante un episodio e informar un contenido de sueño más detallado y vívido que las personas con trastornos del despertar del sueño NREM. Estos individuos y/o sus compañeros de cama a menudo informan que "actúan sueños".

Síndrome de superposición de parasomnia. El síndrome de superposición de parasomnia consiste en características clínicas y polisomnográficas tanto del sonambulismo como del trastorno de conducta del sueño REM.

Convulsiones relacionadas con el sueño. Algunos tipos de convulsiones pueden producir episodios de comportamientos muy inusuales que ocurren predominante o exclusivamente durante el sueño. Las convulsiones nocturnas pueden parecerse mucho a los trastornos del despertar del sueño NREM, pero tienden a ser de naturaleza más estereotipada, ocurren varias veces por la noche y se

es más probable que ocurra durante las siestas diurnas. Además, las convulsiones pueden surgir de la vigilia, lo que no ocurre con los trastornos del despertar del sueño NREM. La presencia de convulsiones relacionadas con el sueño no excluye la presencia de trastornos del despertar del sueño NREM. Cuando son recurrentes, las convulsiones relacionadas con el sueño se consideran una forma de epilepsia.

Desvanecimientos inducidos por el alcohol Los apagones inducidos por el alcohol pueden estar asociados con conductas extremadamente complejas en ausencia de otras sugerencias de intoxicación. No implican la pérdida de la conciencia, sino que reflejan una interrupción aislada de la memoria de eventos durante un episodio de bebida. Por la historia, estos comportamientos pueden ser indistinguibles de los observados en los trastornos del despertar del sueño NREM.

Amnesia disociativa, con fuga disociativa. La fuga disociativa puede ser extremadamente difícil de distinguir del sonambulismo. A diferencia de todas las demás parasomnias, la fuga disociativa nocturna surge de un período de vigilia durante el sueño, en lugar de precipitarse a partir del sueño sin que intervenga la vigilia. Suele haber antecedentes de abuso físico o sexual infantil recurrente (pero puede ser difícil de obtener).

Simulación u otro comportamiento voluntario. Al igual que con disociativo fuga, la simulación u otro comportamiento voluntario ocurre durante la vigilia.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico también pueden causar despertares abruptos del sueño NREM profundo acompañados de temor, pero estos episodios producen un despertar rápido y completo sin la confusión, la amnesia o la actividad motora típicas de los trastornos del despertar del sueño NREM.

Comportamientos complejos inducidos por medicamentos. Comportamientos similares a los de NREM los trastornos del despertar del sueño pueden ser inducidos por el uso o la abstinencia de sustancias o medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, hipnóticos sedantes no benzodiacepínicos, opiáceos, cocaína, nicotina, antipsicóticos u otros bloqueadores de los receptores de dopamina, antidepresivos tricíclicos, hidrato de cloral). Dichos comportamientos pueden surgir del período de sueño y pueden ser extremadamente complejos. La fisiopatología subyacente parece ser una amnesia relativamente aislada. En tales casos, se debe diagnosticar un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo parasomnia (ver “Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos” más adelante en este capítulo).

Síndrome de alimentación nocturna.

En contraste con la forma de alimentación relacionada con el sueño del sonambulismo, que se caracteriza por episodios recurrentes de alimentación durante los despertares incompletos del sueño, el síndrome de alimentación nocturna se considera una anomalía en el ritmo circadiano del tiempo de las comidas, con un ritmo circadiano normal del sueño. inicio en el cual el individuo se despierta en m come en exceso

457

Comorbilidad

Por lo general, el sonambulismo en niños y adultos no se asocia con trastornos mentales significativos. Sin embargo, en adultos, existe una asociación entre el sonambulismo y los episodios depresivos mayores y el trastorno obsesivo compulsivo. Los niños o adultos con terrores nocturnos pueden tener puntajes elevados de depresión y ansiedad en los inventarios de personalidad.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño*, 3.^a edición, incluye "despertar confusional, terrores nocturnos y sonambulismo" como trastornos del despertar del sueño NREM.

Trastorno de pesadilla

Criterios de diagnóstico

F51.5

- A. Ocurrencias repetidas de sueños extensos, extremadamente disfóricos y bien recordados que generalmente involucran esfuerzos para evitar amenazas a la supervivencia, la seguridad o la integridad física y que generalmente ocurren durante la segunda mitad del episodio principal del sueño.
- B. Al despertar de los sueños disfóricos, el individuo rápidamente se vuelve orientado y alerta.

- C. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los síntomas de la pesadilla no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).
- E. Los trastornos mentales y las condiciones médicas coexistentes no explican adecuadamente la queja predominante de los sueños disfóricos.

Especificar si:

Durante el inicio del sueño

Especificar si:

Con trastorno mental, incluidos los trastornos por consumo de sustancias

Con condición médica

Con otro trastorno del sueño Nota

de codificación: el código F51.5 se aplica a los tres especificadores.

Codifique también el trastorno mental asociado pertinente, la afección médica u otro trastorno del sueño inmediatamente después del código de trastorno de pesadilla para indicar la asociación.

Especifique

si: **Agudo:** La duración del período de pesadillas es de 1 mes o menos.

Subagudo: la duración del período de pesadillas es superior a 1 mes pero inferior a 6 meses.

Persistente: La duración del período de pesadillas es de 6 meses o más.

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se puede calificar según la frecuencia con la que ocurren las pesadillas: **Leve:** menos de un episodio por semana en promedio.

Moderado: uno o más episodios por semana pero menos de una noche.

Severo: Episodios todas las noches.

458

Procedimientos de registro Los

especificadores “con trastorno mental, incluidos los trastornos por consumo de sustancias”; “con condición médica”; y “con otro trastorno del sueño” están disponibles para permitir que el médico observe comorbilidades clínicamente relevantes. En tales casos, registre F51.5 trastorno de pesadilla con [nombre de la(s) condición(es) o trastorno(s) comórbido(s)] seguido del código(s) de diagnóstico para las condiciones o trastornos comórbidos (p. ej., F51.5 trastorno de pesadilla con alcoholismo moderado). trastorno por consumo de alcohol y trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos; F10.20 trastorno por consumo moderado de alcohol; G47.52 trastorno del comportamiento del sueño REM).

Características diagnósticas

Las pesadillas suelen ser secuencias largas, elaboradas y parecidas a historias de imágenes de sueños que parecen reales y que incitan a la ansiedad, el miedo u otras emociones disfóricas. El contenido de pesadilla generalmente se enfoca en los intentos de evitar o hacer frente a un peligro inminente, pero puede incluir temas que evocan otras emociones negativas. Las pesadillas que ocurren después de experiencias traumáticas pueden replicar la situación amenazante (“pesadillas replicativas”), pero la mayoría no lo hace. Al despertar, las pesadillas se recuerdan bien y se pueden describir en detalle.

Surgen casi exclusivamente durante el sueño REM y, por lo tanto, pueden ocurrir durante todo el sueño, pero es más probable que ocurran en la segunda mitad del episodio principal del sueño, cuando el sueño es más prolongado e intenso. Los factores que aumentan la intensidad del sueño REM temprano en la noche, como la fragmentación o privación del sueño, el desfase horario y los medicamentos que afectan el sueño REM, pueden facilitar las pesadillas más temprano en la noche, incluso al comienzo del sueño.

Las pesadillas suelen terminar con el despertar y el rápido retorno del estado de alerta total. Sin embargo, las emociones disfóricas pueden persistir en la vigilia y contribuir a la dificultad para volver a dormir y a la angustia diurna duradera.

Algunas pesadillas, conocidas como “malos sueños”, pueden no inducir el despertar y se recuerdan solo más tarde. Si las pesadillas ocurren durante los períodos REM (**hipnagógicos**) **de inicio del sueño**, la emoción disfórica suele ir acompañada de una

despertar y ser incapaz de moverse voluntariamente (**parálisis del sueño**), que también puede ocurrir de forma aislada sin un sueño o pesadilla anterior.

Funciones asociadas

La excitación autonómica leve, que incluye sudoración, taquicardia y taquipnea, puede caracterizar las pesadillas. Los movimientos corporales y las vocalizaciones no son característicos debido a la pérdida del tono del músculo esquelético relacionada con el sueño REM. Cuando se habla o se emociona en el trastorno de pesadilla, los comportamientos vocales o motores suelen ser eventos breves que terminan la pesadilla. A diferencia de dicha actividad motora o vocal, la verdadera conducta de promulgación de sueños puede ocurrir cuando hay una pérdida de la atonía REM normal (trastorno de conducta del sueño REM).

Predominio

La prevalencia de pesadillas durante la infancia es de aproximadamente 1% a 5%. Del 1,3% al 3,9% de los padres informan que sus hijos en edad preescolar tienen pesadillas "a menudo" o "siempre". La prevalencia aumenta al 5,2% en niños de 5 a 15 años. Los antecedentes familiares de pesadillas, síntomas de parasomnia y las consecuencias diurnas de arrebatos de cólera/alteraciones del estado de ánimo y bajo rendimiento académico se asocian con pesadillas frecuentes durante la infancia y la adolescencia, con insomnio comórbido observado en aproximadamente el 20 % de los niños con pesadillas frecuentes. Entre los adultos, la prevalencia de pesadillas al menos mensualmente es del 6%. Entre los adultos de varios países, la prevalencia de pesadillas semanales es del 2% al 6%, mientras que la prevalencia de pesadillas frecuentes es del 1% al 5%. Las estimaciones a menudo combinan indistintamente pesadillas idiopáticas y postraumáticas.

Desarrollo y curso Las pesadillas a

menudo comienzan entre los 3 y los 6 años, pero alcanzan un pico de prevalencia y gravedad en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. Lo más probable es que las pesadillas aparezcan en niños

expuestos a factores estresantes psicosociales agudos o crónicos y, por lo tanto, es posible que no se resuelvan espontáneamente. En una minoría, las pesadillas frecuentes persisten hasta la edad adulta, convirtiéndose prácticamente en una perturbación de por vida. Aunque el contenido específico de la pesadilla puede reflejar la edad del individuo, las características esenciales del trastorno son las mismas en todos los grupos de edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Dos estudios en Hong Kong y Finlandia han demostrado que las pesadillas frecuentes en adultos de mediana edad en la población de la comunidad general están asociadas con bajos ingresos, alteraciones del estado de ánimo, insomnio o trastornos respiratorios durante el sueño, y uso frecuente de antidepresivos o alcohol pesado. usar.

Ambiental.

La privación o fragmentación del sueño y los horarios irregulares de sueño y vigilia que alteran el tiempo, la intensidad o la cantidad del sueño REM pueden poner a las personas en riesgo de tener pesadillas. Las personas que experimentan pesadillas reportan eventos adversos pasados más frecuentes, pero no necesariamente traumas.

Genético y fisiológico.

Los estudios con gemelos han identificado efectos genéticos sobre la disposición a las pesadillas y su concurrencia con otros comportamientos nocturnos (p. ej., hablar dormido).

Modificadores de curso.

Los comportamientos adaptativos de los padres junto a la cama, como calmar al niño después de las pesadillas, pueden proteger contra el desarrollo de pesadillas crónicas.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

El significado atribuido a las pesadillas puede variar según la cultura, y la sensibilidad a tales creencias puede facilitar la revelación. En varios contextos culturales, las pesadillas pueden verse como indicadores importantes del estado espiritual del individuo o de la condición de quienes han muerto (p. ej., entre los supervivientes de la guerra civil de Indonesia, los veteranos indios americanos y los refugiados camboyanos). Las pesadillas frecuentes entre los refugiados camboyanos están fuertemente asociadas con la presencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT); Se necesita una evaluación de la secuencia temporal y la gravedad de las pesadillas en relación con otros síntomas para determinar si se justifica un diagnóstico separado de trastorno de pesadillas. Entre los inmigrantes Hmong a

En los Estados Unidos, las pesadillas frecuentes son más comunes que entre los blancos no latinos en la misma región y están asociadas con experiencias traumáticas y otros trastornos del sueño, como parálisis del sueño y sueño inquieto.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género Las mujeres adultas informan tener pesadillas con más frecuencia que los hombres adultos, pero esta diferencia de género no se encontró en niños y ancianos. El contenido de las pesadillas difiere según el género: las mujeres tienden a informar sobre temas de acoso sexual o de seres queridos que desaparecen o mueren, y los hombres tienden a informar sobre temas de agresión física o guerra o terror.

Marcadores de diagnóstico

Los estudios polisomnográficos demuestran despertares abruptos del sueño REM, por lo general durante la segunda mitad de la noche, antes del informe de una pesadilla. Las tasas de movimiento cardíaco, respiratorio y ocular pueden acelerarse o aumentar en variabilidad antes de despertar. Las pesadillas que siguen a eventos traumáticos también pueden surgir durante el sueño ligero no REM (NREM), particularmente el sueño de etapa 2 (ahora llamado sueño N2). El sueño típico de las personas con pesadillas está levemente alterado (p. ej., eficiencia reducida, menos sueño de ondas lentas, más despertares), con movimientos periódicos de las piernas más frecuentes durante el sueño y activación relativa del sistema nervioso simpático después de la privación del sueño REM.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Las

personas con pesadillas frecuentes tienen un riesgo sustancialmente mayor de pensamientos o comportamientos suicidas, incluso cuando se toman en cuenta el género y la enfermedad mental.

Consecuencias funcionales del trastorno de pesadillas Las pesadillas

provocan un malestar subjetivo más significativo que un deterioro social u ocupacional demostrable. Sin embargo, si los despertares son frecuentes o

resultar en la evitación del sueño, las personas pueden experimentar somnolencia diurna excesiva, falta de concentración, depresión, ansiedad o irritabilidad. Las pesadillas infantiles frecuentes (p. ej., varias por semana) pueden causar una angustia significativa a padres e hijos.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de terror del sueño. Tanto el trastorno de pesadillas como el de terror nocturno incluyen despertares o despertares parciales con temor y activación autonómica, pero los dos trastornos pueden diferenciarse fácilmente. Las pesadillas suelen ocurrir más tarde en la noche, durante el sueño REM, y producen sueños vívidos, parecidos a historias y claramente recordados; excitación autonómica leve; y despertares completos. Los terrores nocturnos suelen surgir en el primer tercio de la noche durante el sueño NREM profundo (especialmente durante la etapa 3 del sueño, ahora llamado sueño N3) y no producen ningún recuerdo del sueño o producen imágenes sin una calidad similar a una historia elaborada. Se cree que los terrores nocturnos son causados por despertares parciales entremezclados con sueño persistente, con manifestaciones clínicas de confusión, desorientación y solo respuesta parcial y, a menudo, con activación autonómica sustancial. Suele haber amnesia para el evento de la mañana.

Trastorno de conducta del sueño REM. La presencia de actividad vocal y motora compleja durante los sueños aterradores debe impulsar una evaluación adicional del trastorno del comportamiento del sueño REM, que ocurre más típicamente entre los hombres de mediana edad y mayores, pero que también puede afectar a las mujeres. Aunque las pesadillas suelen ser características del trastorno de conducta del sueño REM, a diferencia del trastorno de pesadillas, el trastorno de conducta del sueño REM se asocia con la representación de sueños que pueden causar lesiones nocturnas. Si las pesadillas preceden al trastorno de conducta del sueño REM y requieren atención clínica independiente, se puede dar un diagnóstico adicional de trastorno de pesadillas.

Duelo. Los sueños disfóricos pueden ocurrir durante el duelo, pero típicamente involucran pérdida y tristeza y son seguidos por autorreflexión y perspicacia, en lugar de angustia, al despertar.

PTSD o trastorno de estrés agudo. Las pesadillas en las que el contenido o el afecto del sueño están relacionados con un evento traumático pueden ser un componente del PTSD o del trastorno de estrés agudo. Un diagnóstico adicional de trastorno de pesadillas puede ser

justificado si la gravedad o frecuencia de las pesadillas requiere atención clínica independiente.

Narcolepsia. Las pesadillas son una queja frecuente en la narcolepsia, pero la presencia de somnolencia excesiva, con o sin cataplejía, diferencia esta condición del trastorno de pesadilla.

Convulsiones relacionadas con el sueño. Las convulsiones nocturnas suelen implicar actividad motora estereotipada. Las pesadillas asociadas, si se recuerdan, a menudo también son de naturaleza estereotipada repetitivamente o reflejan características epileptogénicas como el contenido de auras diurnas, fosfenos (sensaciones visuales en ausencia de entrada de luz) o imágenes ictales.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. Los trastornos del sueño relacionados con la respiración pueden conducir a despertares con excitación autonómica, pero estos no suelen ir acompañados de recuerdos de pesadillas.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico que surgen durante el sueño pueden producir despertares abruptos con excitación autonómica y temor, pero las pesadillas generalmente no se informan y los síntomas son similares a los ataques de pánico que surgen durante la vigilia.

Trastornos disociativos relacionados con el sueño. Las personas pueden recordar un trauma físico o emocional real como un "sueño" durante los despertares documentados por electroencefalografía.

Consumo de sustancias o medicamentos. Numeroso sustancias/medicamentos lata precipitar pesadillas, incluidas las drogas dopaminérgicas; antagonistas β -adrenérgicos y otros antihipertensivos; sustancias de tipo anfetamínico, cocaína y otros estimulantes; antidepresivos; ayudas para dejar de fumar; y melatonina. Retiro de medicamentos supresores del sueño REM

(p. ej., antidepresivos) y el alcohol pueden producir un rebote del sueño REM acompañado de pesadillas. Si las pesadillas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente, se debe considerar un diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos.

comorbilidad

Las pesadillas pueden ser comórbidas con varias afecciones médicas, como la enfermedad coronaria, el cáncer, el parkinsonismo y el dolor, y pueden acompañar a tratamientos médicos, como la hemodiálisis o la abstinencia de medicamentos o sustancias de abuso. Las pesadillas con frecuencia coexisten con otros trastornos mentales, como el TEPT, el trastorno de estrés agudo, el insomnio, el trastorno del comportamiento del sueño REM y los trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad, de adaptación y de la personalidad, así como con el duelo durante el duelo. Un diagnóstico de trastorno de pesadillas concurrente solo debe considerarse cuando se justifica una atención clínica independiente. Estas condiciones deben enumerarse con el especificador de categoría de comorbilidad apropiado (p. ej., "con trastorno de conducta del sueño REM"); consulte también "Procedimientos de registro".

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3^a Edición, presenta criterios diagnósticos similares para el trastorno de pesadillas.

Comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos Trastorno

Criterios de diagnóstico G47.52

- A. Episodios repetidos de excitación durante el sueño asociados con vocalización y/o conductas motoras complejas.
- B. Estos comportamientos surgen durante el sueño de movimientos oculares rápidos (REM) y, por lo tanto, generalmente ocurren más de 90 minutos después del inicio del sueño, son más frecuentes durante las últimas partes del período de sueño y rara vez ocurren durante las siestas diurnas.
- C. Al despertar de estos episodios, el individuo está completamente despierto, alerta y no está confuso ni desorientado.
- D. Cualquiera de los siguientes:
 1. Sueño REM sin atonía en el registro polisomnográfico.

2. Una historia sugestiva de trastorno del comportamiento del sueño REM y un diagnóstico establecido de sinucleinopatía (p. ej., enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica).
- E. Los comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (que pueden incluir lesiones a sí mismo o al compañero de cama).
- F. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.
- G. Los trastornos mentales y las condiciones médicas coexistentes no explicar los episodios.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno conductual del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) son los episodios repetidos de vocalizaciones y/o conductas motoras complejas que surgen del sueño REM (Criterio A). Estos comportamientos a menudo reflejan respuestas motoras al contenido de sueños llenos de acción o violentos de ser atacado o tratando de escapar de una situación amenazante, que pueden denominarse **comportamientos de representación de sueños**. Las vocalizaciones suelen ser fuertes, llenas de emoción y profanas. Estos comportamientos pueden ser muy molestos para el individuo y el compañero de cama y

462

puede resultar en lesiones importantes (p. ej., caerse, saltar o salir volando de la cama; correr, dar puñetazos, empujar, golpear o patear). Sin embargo, las personas con trastorno conductual del sueño REM también pueden presentar comportamientos vocales o motores relativamente sutiles durante el sueño REM, que por lo general no son la principal queja del sueño, sino que se manifiestan durante la anamnesis o la polisomnografía en las visitas clínicas del sueño, neurológicas y psiquiátricas. Al despertar, el individuo suele estar inmediatamente despierto, alerta y orientado (Criterio C) y, a menudo, es capaz de recordar los pensamientos del sueño, lo que se correlaciona estrechamente con el comportamiento observado. Los ojos suelen permanecer

cerrado durante estos eventos. La presencia de sueño REM sin atonía durante un polisomnograma generalmente se requiere para el diagnóstico del trastorno de conducta del sueño REM.

Alternativamente, si no se ha realizado una polisomnografía, se puede dar un diagnóstico provisional de probable trastorno de la conducta del sueño REM si hay un diagnóstico establecido de sinucleinopatía (p. ej., enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica) y los antecedentes sugieren un trastorno de la conducta del sueño REM (Criterio D). El diagnóstico de trastorno de conducta del sueño REM requiere malestar o deterioro clínicamente significativos (Criterio E); esta determinación dependerá de una serie de factores, incluida la frecuencia de los eventos, el potencial de violencia o conductas dañinas, vergüenza y angustia en otros miembros del hogar.

La determinación de la gravedad se hace mejor con base en la naturaleza o consecuencia del comportamiento en lugar de simplemente en la frecuencia. Aunque los comportamientos suelen ser prominentes y violentos, también pueden ocurrir comportamientos menores.

Predominio

La prevalencia del trastorno del comportamiento del sueño REM fue de aproximadamente el 1 % en una muestra de la población general de edad mediana a mayor en Suiza y de aproximadamente el 2 % en una muestra de la población general de edad avanzada en Corea del Sur. Un estudio de prevalencia encontró una prevalencia igual entre hombres y mujeres en individuos menores de 50 años, mientras que otro estudio informó una prevalencia de poco más del 1% sin diferencia entre hombres y mujeres en una población con una edad media de 59 años. La prevalencia en personas con trastornos psiquiátricos puede ser mayor, posiblemente relacionada con los medicamentos recetados para el trastorno psiquiátrico.

Desarrollo y curso El inicio del trastorno

del comportamiento del sueño REM puede ser gradual o rápido.

Debido a la asociación muy alta con la aparición posterior de un trastorno neurodegenerativo subyacente, se debe monitorear de cerca el estado neurológico de las personas con trastorno de conducta del sueño REM.

En personas con trastorno de conducta del sueño REM idiopático, el riesgo de desarrollar una enfermedad neurodegenerativa definida, más a menudo una sinucleinopatía (es decir, enfermedad de Parkinson, trastornos neurocognitivos mayores o leves)

trastorno con cuerpos de Lewy, o atrofia multisistémica), es de aproximadamente 75 % dentro de los 10 a 15 años posteriores al diagnóstico, con un riesgo anualizado de aproximadamente 6 a 7 % por año.

Los síntomas en individuos jóvenes, particularmente en mujeres jóvenes, deberían plantear la posibilidad de narcolepsia; trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo parasomnia; una lesión del tronco encefálico; o una encefalopatía autoinmune.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los individuos chinos diagnosticados con trastorno de conducta del sueño REM por un servicio de neurología en Taiwán tenían características clínicas y de laboratorio similares a las de los individuos blancos no latinos en los Estados Unidos; sin embargo, diferían en tener una tasa más alta de deambulación nocturna fuera del dormitorio y una tasa más baja de lesiones relacionadas con el sueño, posiblemente como resultado de una detección más temprana por parte de la familia.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno del comportamiento del sueño REM es más común en hombres mayores de 50 años, pero este trastorno se identifica cada vez más en mujeres y en personas más jóvenes. Las mujeres son más jóvenes que los hombres en edad de inicio y edad en el momento del diagnóstico.

463

Marcadores de diagnóstico

Los hallazgos de laboratorio asociados a la polisomnografía indican un aumento de la actividad electromiográfica tónica y/o fásica durante el sueño REM, que normalmente se asocia con atonía muscular. El aumento de la actividad muscular afecta de forma variable a diferentes grupos musculares; se debe considerar un monitoreo electromiográfico más extenso con electromiografía del brazo (p. ej., bíceps braquial) porque esta medida es más específica para un diagnóstico de trastorno de conducta del sueño REM. Se sugiere que la monitorización electromiográfica también incluya los grupos musculares submentoniano, flexor superficial de los dedos bilateral y tibial anterior bilateral. La monitorización continua por vídeo debe acompañar a la polisomnografía. Otros hallazgos polisomnográficos

puede incluir actividad electromiográfica de extremidades periódica y aperiódica muy frecuente durante el sueño no REM (NREM). **El sueño REM sin atonía** está presente en prácticamente todos los casos de trastorno conductual del sueño REM, pero también puede ser un hallazgo polisomnográfico asintomático. No se sabe si el sueño REM aislado sin atonía es un precursor del trastorno conductual del sueño REM, aunque un estudio piloto sugirió que el sueño REM aislado sin atonía también puede estar asociado con marcadores neurodegenerativos (es decir, hiposmia, hipotensión ortostática, pérdida de la visión del color) y que 7% a 14% de las personas con sueño REM aislado sin atonía desarrollan más tarde un trastorno conductual clínico del sueño REM. También se han publicado umbrales para el sueño REM normativo sin niveles de atonía que pueden servir para distinguir los casos límite y aquellos cuyo estado neurológico debe monitorearse más.

Consecuencias funcionales del sueño con movimientos oculares rápidos Trastorno de conducta

Las consecuencias más graves del trastorno del comportamiento del sueño REM son los riesgos a corto plazo de lesiones para el individuo o el compañero de cama relacionados con los ataques de representación del sueño y el riesgo a largo plazo de desarrollar una enfermedad neurodegenerativa definida. De acuerdo con encuestas de personas y sus compañeros de cama, aproximadamente el 55 % de las personas con trastorno de la conducta del sueño REM pueden experimentar lesiones como consecuencia de sus ataques, y el 12 % de las lesiones son graves (incluidas fracturas de huesos largos o costillas o hematomas subdurales) y requieren atención médica.

Diagnóstico diferencial

Otras parasomnias. Los despertares confusionales, el sonambulismo y los terrores nocturnos pueden confundirse fácilmente con el trastorno conductual del sueño REM. En general, estos trastornos ocurren en individuos menores de 50 años. A diferencia del trastorno del comportamiento del sueño REM, surgen del sueño NREM y, por lo tanto, tienden a ocurrir en la primera parte del período de sueño. El despertar de una excitación confusional se asocia con confusión, desorientación y un recuerdo incompleto de la mentalidad del sueño que acompaña al comportamiento. La monitorización polisomnográfica en los trastornos del despertar generalmente revela una atonía del sueño REM normal, a menos que haya una parasomnia comórbida.

Trastorno del sueño inducido por medicamentos, tipo parasomnia. Muchos medicamentos ampliamente prescritos, incluidos los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, pueden dar como resultado evidencia polisomnográfica de sueño REM sin atonía y un trastorno de conducta del sueño REM franco, que se diagnostica como un trastorno del sueño inducido por medicamentos, parasomnia. Se escribe. No se sabe si los medicamentos per se dan como resultado un sueño REM sin atonía y/o un trastorno conductual del sueño REM, o si desenmascaran una predisposición subyacente.

Sueño REM asintomático sin atonía.

Los comportamientos clínicos de promulgación de sueños junto con el hallazgo polisomnográfico de sueño REM sin atonía son necesarios para el diagnóstico del trastorno de conducta del sueño REM. El sueño REM sin atonía sin un historial clínico de conductas de representación del sueño es simplemente una observación polisomnográfica asintomática con un significado clínico aún desconocido.

464

Convulsiones nocturnas. Las convulsiones nocturnas pueden simular un trastorno conductual del sueño REM, pero los comportamientos característicos de las convulsiones nocturnas generalmente son estereotipados. El monitoreo polisomnográfico que emplea un montaje de convulsiones electroencefalográfico completo puede diferenciar los dos. El sueño REM sin atonía generalmente no está presente en el monitoreo polisomnográfico en personas con epilepsia.

Apnea obstructiva del sueño. La apnea obstructiva del sueño puede provocar vocalizaciones y conductas motoras que se parecen mucho al trastorno de conducta del sueño REM, como hablar, gritar, gesticular y golpear, junto con sueños desagradables. La monitorización polisomnográfica es necesaria para diferenciar entre estos dos trastornos. En el trastorno de conducta del sueño REM, los síntomas de parasomnia ocurren durante períodos de sueño REM sin atonía. En la apnea obstructiva del sueño, los síntomas de parasomnia solo ocurren durante los despertares al final de los episodios de apnea obstructiva del sueño y se resuelven después de un tratamiento eficaz de la apnea obstructiva del sueño (presión positiva continua en las vías respiratorias). El sueño REM sin atonía no suele observarse en la apnea obstructiva del sueño.

Otro trastorno disociativo especificado (trastorno disociativo psicógeno relacionado con el sueño).

A diferencia de prácticamente todas las demás parasomnias, que surgen precipitadamente del sueño NREM o REM, los comportamientos disociativos psicógenos surgen de un período de vigilia bien definido durante el período de sueño. A diferencia del trastorno de conducta del sueño REM, esta condición es más frecuente en mujeres jóvenes.

Proceso de enfermedad. Muchos casos de simulación en los que el individuo informa movimientos problemáticos del sueño imitan las características clínicas del trastorno de conducta del sueño REM, y es obligatoria la documentación polisomnográfica.

Comorbilidad El

trastorno de conducta del sueño REM está presente simultáneamente en aproximadamente el 30% de los pacientes con narcolepsia. Cuando ocurre en la narcolepsia, la demografía refleja el rango de edad más joven de la narcolepsia, con igual frecuencia en hombres y mujeres. Con base en los hallazgos de las personas que acuden a las clínicas del sueño, la mayoría de las personas (>70 %) con un trastorno del comportamiento del sueño REM inicialmente "idiopático" eventualmente desarrollarán una enfermedad neurodegenerativa, en particular, una de las sinucleinopatías (enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica o enfermedad mayor). o trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy). El trastorno del comportamiento del sueño REM a menudo es anterior a cualquier otro signo de estos trastornos por muchos años (a menudo más de una década).

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

El trastorno de conducta del sueño REM es prácticamente idéntico al trastorno de conducta del sueño REM en la **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición.

Síndrome de piernas inquietas

Criterios de diagnóstico

G25.81

- A. Necesidad de mover las piernas, generalmente acompañada o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, caracterizada por todo lo siguiente:

1. La necesidad de mover las piernas comienza o empeora durante los períodos de descanso o inactividad.
2. El impulso de mover las piernas se alivia parcial o totalmente con movimiento.

465

3. La urgencia de mover las piernas es peor por la tarde o por la noche que durante el día, u ocurre solo por la tarde o por la noche.
- B. Los síntomas del Criterio A ocurren al menos tres veces por semana y han persistido durante al menos 3 meses.
- C. Los síntomas del Criterio A van acompañados de angustia significativa o deterioro social, ocupacional, educativo, académico, conductual u otras áreas importantes de funcionamiento.
- D. Los síntomas del Criterio A no se pueden atribuir a otro trastorno mental o afección médica (p. ej., artritis, edema en las piernas, isquemia periférica, calambres en las piernas) y no se explican mejor por una afección del comportamiento (p. ej., incomodidad postural, golpeteo habitual del pie).
- E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una droga de abuso o medicación (p. ej., acatisia).

Características diagnósticas

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno neurológico sensoriomotor del sueño caracterizado por un deseo de mover las piernas o los brazos, generalmente asociado con sensaciones incómodas descritas típicamente como hormigueo, hormigueo, ardor o picazón (Criterio A). Se producen movimientos frecuentes de las piernas en un esfuerzo por aliviar las sensaciones incómodas. Aunque los síntomas pueden ocurrir durante el día, comúnmente ocurren al final de la tarde o al anochecer, y en algunas personas, los síntomas ocurren solo al anochecer o la noche. Los síntomas a menudo son más intensos durante la noche cuando el individuo está en reposo, como cuando está sentado o acostado en la cama. El empeoramiento vespertino ocurre independientemente de cualquier diferencia en la actividad. El diagnóstico de SPI

basado principalmente en el autoinforme individual y la historia. Es importante diferenciar el RLS de otras condiciones que causan molestias en las piernas, como molestias posturales y calambres en las piernas (Criterio D).

Los síntomas del RLS pueden retrasar el inicio del sueño y despertar al individuo y están asociados con una fragmentación significativa del sueño. El alivio que se obtiene al mover las piernas puede que ya no sea evidente en los casos graves. El SPI se asocia con somnolencia diurna y con frecuencia se acompaña de malestar clínico significativo o deterioro funcional.

Funciones asociadas

Los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño (PLMS, por sus siglas en inglés) pueden servir como evidencia que corrobora el RLS, con hasta el 90 % de las personas diagnosticadas con RLS que demuestran PLMS cuando los registros se toman durante varias noches. Los movimientos periódicos de las piernas durante la vigilia también respaldan el diagnóstico de SPI. Los informes de dificultad para iniciar y mantener el sueño y de somnolencia diurna excesiva corroboran el diagnóstico de SPI. Las características de apoyo adicionales incluyen antecedentes familiares de RLS entre parientes de primer grado y una reducción de los síntomas, al menos inicialmente, con dopaminérgicos. tratamiento.

Predominio

Las tasas de prevalencia de RLS varían ampliamente cuando se utilizan criterios amplios. Cuando la frecuencia de los síntomas es al menos tres veces por semana con angustia moderada o severa, la tasa de prevalencia en los Estados Unidos y Europa se ha estimado en 1,6%. El RLS que es lo suficientemente grave como para afectar significativamente el funcionamiento o está asociado con trastornos mentales, incluidas la depresión y la ansiedad, ocurre en aproximadamente el 2% al 3% de la población, según lo evaluado en Europa Occidental, los Estados Unidos y Corea del Sur. El RLS es aproximadamente dos veces más común en mujeres que en hombres y su prevalencia aumenta con la edad. Los informes de RLS varían según las regiones geográficas, con una prevalencia más baja en varias poblaciones asiáticas (p. ej., Japón, Corea del Sur).

Desarrollo y Curso

El inicio de RLS típicamente ocurre en la segunda o tercera década.

Aproximadamente el 40% de las personas diagnosticadas con RLS durante la edad adulta informa haber experimentado síntomas antes de los 20 años y el 20% informa haber experimentado síntomas antes de los 10 años. Las tasas de prevalencia del RLS aumentan constantemente con la edad hasta alrededor de los 60 años, y los síntomas permanecen estables o disminuyen ligeramente en los grupos de mayor edad. En comparación con los casos no familiares, el RLS familiar suele tener una edad de inicio más temprana y un curso progresivo más lento. El curso clínico del RLS difiere según la edad de inicio. Cuando el inicio ocurre antes de los 45 años, a menudo hay una progresión lenta de los síntomas. En el RLS de inicio tardío, la progresión rápida es típica y los factores agravantes son comunes. El fenotipo RLS parece similar a lo largo de la vida.

El diagnóstico de RLS en niños puede ser difícil debido a la centralidad del autoinforme para establecer el diagnóstico. Mientras que el Criterio A para adultos asume que la descripción de "impulso de moverse" es del individuo, el diagnóstico pediátrico también requiere una descripción en las propias palabras del niño en lugar de por un parent o cuidador. Por lo general, los niños de 6 años o más pueden proporcionar descripciones detalladas y adecuadas del SPI. Sin embargo, los niños rara vez usan o entienden la palabra "impulso", informando en cambio que sus piernas "tienen que" o "tienen que" moverse. Además, potencialmente relacionado con períodos prolongados de estar sentado durante la clase, dos tercios de los niños y adolescentes con RLS informan sensaciones en las piernas durante el día. Por lo tanto, para el Criterio diagnóstico A3, es importante comparar la misma duración de estar sentado o acostado durante el día con estar sentado o acostado por la tarde o la noche. El empeoramiento nocturno tiende a persistir incluso en el SPI pediátrico. Al igual que con RLS en adultos, existe un impacto negativo significativo en el sueño, el estado de ánimo, la cognición y la función. El deterioro en niños y adolescentes se manifiesta con mayor frecuencia en los dominios conductuales y educativos.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico.

Los factores predisponentes incluyen el sexo femenino, la edad avanzada, las variantes genéticas de riesgo y los antecedentes familiares de SPI.

Los factores precipitantes, como la deficiencia de hierro, a menudo tienen un límite de tiempo, y la mayoría de las personas reanudan los patrones normales de sueño después de que desaparece el evento desencadenante. Las variantes de riesgo genético también juegan un papel en el SPI secundario a

trastornos como la uremia, lo que sugiere que las personas con una susceptibilidad genética desarrollan SPI en presencia de factores de riesgo adicionales.

Los estudios de asociación de todo el genoma han encontrado que el RLS está significativamente asociado con múltiples variantes genéticas en regiones intrónicas o intergénicas. La variante en **MEIS1** tiene la asociación más fuerte con RLS de estos genes, con casi el doble de riesgo de RLS en el 7 % de la población con este polimorfismo entre las muestras de ascendencia europea estudiadas.

Los mecanismos fisiopatológicos en RLS también incluyen alteraciones en los sistemas dopaminérgicos y opioidérgicos centrales y alteraciones en el metabolismo del hierro. La eficacia del tratamiento con fármacos dopaminérgicos, opiáceos y hierro proporciona un apoyo adicional de que estos sistemas desempeñan un papel en la fisiopatología del SPI. RLS puede predisponer a la depresión, y el tratamiento eficaz de RLS puede reducir significativamente los síntomas depresivos.

Sin embargo, los antidepresivos serotoninérgicos pueden inducir o agravar el SPI en algunas personas.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

cultura Entre las poblaciones de adultos latinoamericanos de ascendencia indígena en los Estados Unidos, incluidos los mexicoamericanos con baja aculturación a la sociedad estadounidense, la prevalencia informada de RLS parece ser menor en comparación con los mexicoamericanos con mayor aculturación. Entre los participantes que reportaron RLS en una gran encuesta basada en la población, los factores de riesgo asociados con RLS fueron diferentes en los mexicoamericanos (más altos entre las mujeres y las personas que fuman) en comparación con los blancos no latinos (edad mayor, definida como ≥ 48 años).

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Aunque el SPI es más prevalente en mujeres que en hombres, no existen diferencias diagnósticas según el género. La prevalencia del SPI durante el embarazo es de dos a tres veces mayor

que en la población general. El RLS asociado con el embarazo alcanza su punto máximo durante el tercer trimestre y mejora o se resuelve en la mayoría de los casos poco después

entrega. La diferencia de sexo en la prevalencia del RLS se explica, al menos en parte, por la paridad, ya que las mujeres nulíparas tienen el mismo riesgo de RLS que los hombres de la misma edad.

Marcadores de diagnóstico

La polisomnografía demuestra anomalías significativas en el RLS, incluido un aumento de la latencia para dormir y un mayor índice de activación. Los movimientos periódicos de las extremidades son el signo motor del RLS y suelen estar presentes en la polisomnografía nocturna, así como durante las pruebas de inmovilización en vigilia y durante el reposo tranquilo, los cuales pueden provocar síntomas de RLS.

Consecuencias funcionales del síndrome de piernas inquietas Aunque el impacto de los síntomas más leves está menos caracterizado, las personas con RLS se quejan de la interrupción de al menos una actividad de la vida diaria, y hasta el 50 % informa un impacto negativo en el estado de ánimo y falta de energía. Una consecuencia común del RLS es la alteración del sueño, incluida la dificultad para conciliar el sueño y la fragmentación del sueño, con la reducción asociada del tiempo total de sueño. RLS también se asocia con deterioros en la calidad de vida.

El RLS puede provocar somnolencia o fatiga durante el día y, con frecuencia, se acompaña de angustia significativa o deterioro en el funcionamiento afectivo, social, ocupacional, educativo, académico, conductual o cognitivo.

Diagnóstico diferencial Las

condiciones más importantes en el diagnóstico diferencial del SPI son calambres en las piernas, molestias posturales, artralgias/artritis, mialgias, isquemia posicional (entumecimiento), edema de las piernas, neuropatía periférica, radiculopatía y zapateo habitual. Los calambres musculares, el alivio con un solo cambio postural, la limitación de las articulaciones, el dolor a la palpación (mialgias) y otras anomalías en el examen físico no son característicos del SPI. A diferencia del RLS, los calambres nocturnos en las piernas no suelen manifestarse con el deseo de mover las extremidades ni hay movimientos frecuentes de las extremidades. Las condiciones menos comunes que se diferencian del RLS incluyen acatisia inducida por neurolépticos, mielopatía, insuficiencia venosa sintomática, enfermedad arterial periférica, eccema, otros problemas ortopédicos y ansiedad inducida.

inquietud. El empeoramiento por la noche y los movimientos periódicos de las extremidades son más comunes en el SPI que en la acatisia inducida por medicamentos o la neuropatía periférica.

Si bien es importante que los síntomas del RLS no se deban únicamente a otra afección médica o conductual, también se debe tener en cuenta que cualquiera de estas afecciones similares puede ocurrir en una persona con RLS. Esto requiere un enfoque separado en cada condición posible en el proceso de diagnóstico y al evaluar el impacto. Para los casos en los que el diagnóstico de RLS no es seguro, puede ser útil la evaluación de las características de apoyo de RLS, particularmente PLMS o antecedentes familiares de RLS. Las características clínicas, como la respuesta a un agente dopaminérgico y los antecedentes familiares positivos para RLS, pueden ayudar con el diagnóstico diferencial.

La comorbilidad

del SPI se asocia con tasas más altas de depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático. La principal condición médica comórbida con SPI es la enfermedad cardiovascular. Puede haber una asociación con muchas otras condiciones médicas, incluyendo hipertensión, migraña, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, neuropatía periférica, diabetes mellitus, fibromialgia, osteoporosis, obesidad, enfermedad de la tiroides y cáncer, así como otros trastornos del sueño, incluyendo narcolepsia y enfermedad obstructiva del sueño. El RLS es común en personas con deficiencia de hierro, embarazo e insuficiencia renal crónica y puede mejorar drásticamente una vez que estas condiciones se resuelven.

468

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición, presenta criterios de diagnóstico similares para el SPI, pero no contiene un criterio que especifique la frecuencia o la duración de los síntomas.

Sueño inducido por sustancias/medicamentos

Trastorno

Criterios de diagnóstico

- A. Una alteración importante y grave del sueño.
- B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Los síntomas en el Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento .
 - 2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno del sueño que no es inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno del sueño independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno del sueño independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes ~~o estacionales~~ relacionados medicamentos).
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando el

los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y cuando son lo suficientemente graves como para merecer atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para los trastornos del sueño inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno del sueño inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1" y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes del trastorno del sueño inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de sustancias"). trastorno por consumo de cocaína con trastorno del sueño inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno del sueño inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]". dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno por consumo de sustancias comórbido (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia por única vez), el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el trastorno del sueño inducido por la sustancia.

Hay dos excepciones a esta convención de codificación, ya que se aplica a los trastornos del sueño inducidos por la cafeína y el tabaco. Debido a que el trastorno por consumo de cafeína no es una categoría oficial del DSM-5,

469

solo hay un único código ICD-10-CM para el trastorno del sueño inducido por cafeína: F15.982. Además, debido a que ICD-10-CM asume que el trastorno del sueño inducido por el tabaco solo puede ocurrir en el contexto de un trastorno por consumo de tabaco moderado o grave, el código ICD-10-CM para el trastorno del sueño inducido por el tabaco es F17.208.

CIE-10-CM

	Con trastorno por consumo leve	con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Alcohol	F10.182	F10.282	F10.982
Cafeína	ESE	ESE	F15.982
Canabis	F12.188	F12.288	F12.988
opioide	F11.182	F11.282	F11.982
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.182	F13.282	F13.982
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.182	F15.282	F15.982
Cocaína	F14.182	F14.282	F14.982
Tabaco	ESE	F17.208	ESE
Otra sustancia (o desconocida)	F19.182	F19.282	F19.982

Especificar si:

Tipo de insomnio: Caracterizado por dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertares nocturnos frecuentes o sueño no reparador.

Tipo de somnolencia diurna: Caracterizado por una queja predominante de somnolencia/fatiga excesiva durante las horas de vigilia o, con menos frecuencia, un largo período de sueño.

Tipo de parasomnia: Caracterizado por eventos conductuales anormales durante el sueño.

Tipo mixto: Caracterizado por un problema del sueño inducido por sustancias/medicamentos caracterizado por múltiples tipos de síntomas del sueño, pero ningún síntoma predomina claramente.

Especifique (vea la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia dada; o **especifique** “con inicio después del uso del medicamento ”): **Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y se desarrollan los síntomas

durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de la medicación: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la suspensión de la medicación.

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se supone que está causando el trastorno del sueño. El código ICD-10-CM que corresponde a la clase de fármaco aplicable se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios. Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), se debe usar el código ICD 10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida) y el nombre

470

de la sustancia específica registrada (p. ej., F19.982 trastorno del sueño inducido por fluoxetina, tipo insomnio). En los casos en los que se considera que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la sustancia específica, se utiliza el código ICD-10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida) y se registra el hecho de que la sustancia es desconocida (p. ej. , F19.982 trastorno del sueño inducido por sustancia desconocida, tipo hipersomnia).

Para registrar el nombre del trastorno, el trastorno por uso de sustancias comórbido (si lo hay) se enumera primero, seguido de “trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos” (incorporando el nombre de la sustancia/medicamento etiológico específico), seguido de la especificación de inicio (es decir, con inicio durante la intoxicación, con inicio durante la abstinencia, con inicio después del uso de medicamentos), seguido de la designación del subtipo (es decir, tipo de insomnio, tipo de somnolencia diurna, tipo de parasomnia, tipo mixto). Por ejemplo, en el caso de insomnio que ocurre durante la abstinencia en un hombre con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.282 Consumo grave de lorazepam

trastorno del sueño inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia, tipo insomnio. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno grave por consumo de lorazepam comórbido. Si el trastorno del sueño inducido por sustancias ocurre sin un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., con el uso de medicamentos según lo prescrito), no se observa un trastorno por uso de sustancias acompañante (p. ej., F19.982 trastorno del sueño inducido por bupropión, con inicio durante el uso de medicamentos, insomnio escribe). Cuando se juzga que más de una sustancia juega un papel importante en el desarrollo de la alteración del sueño, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F10.282 trastorno grave por consumo de alcohol con trastorno del sueño inducido por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio; F14 .282 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno del sueño inducido por cocaína, de inicio durante la intoxicación, tipo insomnio).

Especificadores

Dependiendo de la sustancia involucrada, se indica uno de los cuatro tipos de trastornos del sueño. El tipo de insomnio y el tipo de somnolencia diurna son los más comunes, mientras que el tipo de parasomnia se observa con menos frecuencia. El tipo mixto se observa cuando está presente más de un tipo de síntoma relacionado con la alteración del sueño y ninguno predomina.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos es una alteración del sueño prominente que es lo suficientemente grave como para justificar una atención clínica independiente (Criterio A). La alteración del sueño puede caracterizarse por insomnio, somnolencia diurna, parasomnia o alguna combinación de estos. Se considera que la alteración del sueño está asociada principalmente con los efectos farmacológicos de una sustancia (es decir, una droga de abuso, un medicamento, exposición a toxinas) (Criterio B). La alteración no debe explicarse mejor por otro trastorno del sueño que no sea inducido por sustancias/medicamentos (Criterio C). Un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno de insomnio o un trastorno asociado con somnolencia diurna excesiva considerando el inicio y el curso. Para las drogas de abuso, debe haber evidencia de intoxicación o abstinencia en la historia clínica, el examen físico o los resultados de laboratorio.

El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos surge solo en asociación con

estados de intoxicación o discontinuación/abstinencia, mientras que otros trastornos del sueño pueden preceder al inicio del consumo de sustancias u ocurrir durante momentos de abstinencia sostenida. Como los estados de interrupción/abstinencia de algunas sustancias pueden ser prolongados, el inicio de la alteración del sueño puede ocurrir 4 semanas después del cese del uso de la sustancia, y la alteración puede tener características atípicas de otros trastornos del sueño (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). No se establece el diagnóstico si la alteración del sueño se produce únicamente durante un delirio (Criterio D). Los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E). Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y cuando los síntomas justifican una atención clínica independiente.

471

Funciones asociadas

Durante los períodos de uso de sustancias/medicamentos, intoxicación o abstinencia, las personas con frecuencia se quejan de un estado de ánimo disfórico, que incluye depresión y ansiedad, irritabilidad, deterioro cognitivo, incapacidad para concentrarse y fatiga.

Trastornos del sueño importantes y graves pueden ocurrir en asociación con la intoxicación con las siguientes clases de sustancias: alcohol; cafeína; cannabis; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); y otras sustancias (o desconocidas). Trastornos del sueño prominentes y graves pueden ocurrir en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol; cafeína; cannabis; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); tabaco; y otras sustancias (o desconocidas). Los medicamentos que invocan trastornos del sueño incluyen agonistas y antagonistas adrenérgicos, agonistas y antagonistas de dopamina, agonistas y antagonistas colinérgicos, agonistas y antagonistas serotoninérgicos, antihistamínicos y corticosteroides.

Alcohol. El trastorno del sueño inducido por el alcohol generalmente ocurre como un tipo de insomnio. Durante la intoxicación aguda con dosis $> 1 \text{ g/kg}$, el alcohol produce un efecto sedante inmediato según la dosis, acompañado de una reducción

en la latencia del sueño, aumento de las etapas 2 y 3 (N2 y N3) del sueño de movimientos oculares no rápidos (NREM) y reducción del sueño de movimientos oculares rápidos (REM).

Después de estos efectos iniciales, puede haber un aumento de la vigilia, sueño inquieto y sueños vívidos y cargados de ansiedad durante el resto del período de sueño. Paralelamente, N2 y N3 se reducen y la vigilia y el sueño REM aumentan durante la última parte de la noche. Con el uso habitual, el alcohol sigue mostrando un efecto sedante de corta duración en la primera mitad de la noche, seguido de interrupción de la continuidad del sueño en la segunda mitad. Durante la abstinencia aguda de alcohol, hay una continuidad del sueño extremadamente interrumpida y una mayor cantidad e intensidad del sueño REM, asociado frecuentemente con sueños vívidos, que en forma extrema constituye parte del delirio por abstinencia de alcohol. Después de la abstinencia aguda, los consumidores crónicos de alcohol pueden continuar quejándose de un sueño ligero y fragmentado durante meses o años asociado con una prolongación persistente de la latencia del sueño y un déficit en el sueño de ondas lentas. El alcohol también agrava el trastorno del sueño relacionado con la respiración, incluida la apnea obstructiva del sueño y la hipoventilación relacionada con el sueño.

Cafeína. La cafeína que se consume en dosis bajas a moderadas durante las horas de la mañana normalmente no produce un efecto significativo en el sueño nocturno de las personas que duermen normalmente o las que padecen insomnio. La cafeína puede producir insomnio en una forma dependiente de la dosis y el momento, particularmente cuando se consumen dosis más altas al final del día o durante las horas de la noche. Se reportan prolongación de la latencia del sueño, reducción del sueño de ondas lentas, aumento del despertar nocturno y reducción de la duración del sueño. Algunas personas, particularmente los grandes consumidores, pueden presentar somnolencia diurna y deterioro del rendimiento relacionado con la abstinencia.

Canabis. La administración aguda de cannabis puede acortar la latencia del sueño, aunque también se producen efectos de despertar con incrementos en la latencia del sueño. El cannabis mejora el sueño de ondas lentas y suprime el sueño REM después de la administración aguda. En usuarios crónicos, se desarrolla tolerancia a los efectos que inducen el sueño y mejoran el sueño de onda lenta. Tras la abstinencia, se han informado dificultades para dormir y sueños desagradables que duran varias semanas.

Los estudios polisomnográficos demuestran una reducción del sueño de ondas lentas y un aumento del sueño REM durante esta fase.

opioides. Los opiáceos pueden producir un aumento de la somnolencia y de la profundidad subjetiva del sueño, y una reducción del sueño REM y de ondas lentas, durante los períodos agudos de sueño de corta duración.

uso del término. Con la administración continua, se desarrolla tolerancia a los efectos sedantes de los opioides y hay quejas de insomnio. Los estudios polisomnográficos demuestran una reducción de la eficiencia del sueño y del tiempo total de sueño, con reducción del sueño de ondas lentas y posiblemente del sueño REM. De acuerdo con sus efectos depresores respiratorios, los opioides exacerbaban la apnea obstructiva del sueño. También se observa la aparición de apnea central del sueño, especialmente con el uso crónico de opioides de acción más prolongada.

472

Sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas. sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos (p. ej., barbitúricos, agonistas de los receptores de benzodiacepinas, meprobamato, glutetimida, metiprilona) tienen efectos similares a los de los opiáceos sobre el sueño. Durante la intoxicación aguda, los fármacos hipnóticos sedantes producen el aumento esperado de la somnolencia y la disminución de la vigilia. Puede ocurrir somnolencia diurna, principalmente con agentes de acción más prolongada. El uso crónico de benzodiazepinas puede estar asociado con el desarrollo de tolerancia, insomnio de rebote y efectos de abstinencia potencialmente graves. Se ha demostrado que los agonistas de los receptores de benzodiacepinas más nuevos, como el zolpidem y la eszopiclona, mantienen la eficacia durante períodos de 6 meses a 2 años, sin evidencia de aumento de la dosis o efectos de abstinencia importantes. Los agentes hipnóticos más nuevos, como ramelteon, doxepina en dosis bajas y suvorexant, no parecen tener un potencial de abuso significativo, depresión respiratoria o síndromes de abstinencia importantes. Los fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con duraciones de acción cortas tienen más probabilidades de producir quejas de insomnio de rebote. Algunos fármacos sedantes-hipnóticos pueden aumentar la frecuencia y la gravedad de los eventos de apnea obstructiva del sueño, aunque no se ha encontrado que las benzodiazepinas ni los agonistas de los receptores de benzodiazepina empeoren definitivamente la apnea obstructiva del sueño. La hipoventilación puede empeorar en individuos susceptibles. Las parasomnias (sonambulismo y alimentación relacionada con el sueño) se han asociado con el uso de agonistas de los receptores de benzodiacepinas, especialmente cuando estos medicamentos se toman en dosis más altas y cuando se combinan con otros fármacos sedantes.

Sustancias de tipo anfetamínico, otros estimulantes y MDMA. Los trastornos del sueño inducidos por sustancias de tipo anfetamínico y otros estimulantes se caracterizan por insomnio durante la intoxicación y somnolencia excesiva.

durante la retirada. Durante la intoxicación aguda, los estimulantes reducen la cantidad total de sueño, aumentan la latencia del sueño y las alteraciones de la continuidad del sueño, y disminuyen el sueño REM. El sueño de ondas lentas tiende a reducirse. Durante la abstinencia del uso crónico de estimulantes, hay una duración prolongada del sueño nocturno y una somnolencia diurna excesiva. Las pruebas múltiples de latencia del sueño pueden mostrar un aumento de la somnolencia diurna durante la fase de abstinencia. Drogas como la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA; "éxtasis") y sustancias relacionadas provocan un sueño inquieto y perturbado dentro de las 48 horas posteriores a la ingesta; el uso frecuente de estos compuestos se asocia con síntomas persistentes de ansiedad, depresión y trastornos del sueño, incluso durante la abstinencia a largo plazo. También hay evidencia que sugiere una mayor frecuencia de apnea obstructiva del sueño en usuarios jóvenes de MDMA, incluso después de un período de abstención de la droga.

Tabaco. El consumo crónico de tabaco se asocia principalmente con síntomas de insomnio, disminución del sueño de ondas lentas con reducción de la eficiencia del sueño y aumento de la somnolencia diurna. La abstinencia del tabaco puede conducir a problemas de sueño. Las personas que fuman mucho pueden experimentar despertares nocturnos regulares causados por el ansia de fumar.

Otras sustancias/medicamentos desconocidos Otras sustancias/medicamentos pueden producir trastornos del sueño, particularmente medicamentos que afectan el sistema nervioso central o autónomo (p. ej., agonistas y antagonistas adrenérgicos, agonistas y antagonistas de la dopamina, agonistas y antagonistas colinérgicos, agonistas y antagonistas serotoninérgicos, antihistamínicos, corticosteroides).

Desarrollo y curso El insomnio en los

niños puede ser identificado por uno de los padres o por el niño. A menudo, el niño tiene una clara alteración del sueño asociada con el inicio de un medicamento, pero es posible que no informe los síntomas, aunque los padres observan las alteraciones del sueño. El uso de algunas sustancias recreativas (p. ej., cannabis, éxtasis) es frecuente en la adolescencia y la adultez temprana. El insomnio o cualquier otro trastorno del sueño que se presente en este grupo de edad debe llevar a una cuidadosa consideración de si el trastorno del sueño es atribuible al consumo de estas sustancias. El comportamiento de búsqueda de ayuda para la alteración del sueño en estos grupos de edad es limitado y

por lo tanto, se puede obtener un informe corroborativo de un parent, cuidador o maestro. Las personas mayores toman más medicamentos y tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Pueden interpretar la alteración del sueño como parte del envejecimiento normal y no informar los síntomas. Las personas con un trastorno neurocognitivo importante (p. ej., demencia) corren el riesgo de sufrir trastornos del sueño inducidos por sustancias/medicamentos, pero es posible que no informen los síntomas, lo que hace que el informe corroborativo de los cuidadores sea particularmente importante.

Factores de riesgo y pronóstico Los factores

de riesgo y pronóstico involucrados en el uso de sustancias o medicamentos son normativos para ciertos grupos de edad. Son relevantes y probablemente aplicables al tipo de trastorno del sueño encontrado (consulte el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias” para obtener descripciones de los respectivos trastornos por uso de sustancias).

Temperamental. El uso de sustancias generalmente precipita o acompaña al insomnio en individuos vulnerables. Por lo tanto, la presencia de insomnio en respuesta al estrés o al cambio en el entorno o el momento del sueño puede representar un riesgo de desarrollar un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Un riesgo similar puede estar presente para personas con otros trastornos del sueño (p. ej., personas con hipersomnia que usan estimulantes).

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

La misma cantidad y duración de consumo de una sustancia determinada puede conducir a resultados relacionados con el sueño muy diferentes en hombres y mujeres en función, por ejemplo, de las diferencias específicas del sexo en el funcionamiento hepático.

Marcadores de diagnóstico

Cada uno de los trastornos del sueño inducidos por sustancias/medicamentos produce patrones de sueño electroencefalográficos que están asociados con otros trastornos, pero no pueden considerarse diagnósticos de ellos. El perfil de sueño electroencefalográfico para cada sustancia está relacionado con la etapa de uso y si

está en el contexto de ingestión/intoxicación, uso crónico o abstinencia luego de la suspensión de la sustancia. La polisomnografía de toda la noche puede ayudar a definir la gravedad de las quejas de insomnio, mientras que la prueba de latencia múltiple del sueño proporciona información sobre la gravedad de la somnolencia diurna.

El seguimiento de la respiración nocturna y los movimientos periódicos de las extremidades con polisomnografía puede verificar el impacto de una sustancia en la respiración nocturna y el comportamiento motor. Los diarios de sueño durante 2 semanas y la actigrafía se consideran útiles para confirmar la presencia de un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, especialmente en el caso de sospecha de tipo insomnio.

La detección de drogas puede ser útil cuando el individuo no es consciente o no está dispuesto a relacionar información sobre la ingestión de sustancias.

Consecuencias funcionales del trastorno del sueño inducido por sustancias/

medicamentos Si bien existen muchas consecuencias funcionales asociadas con los trastornos del sueño, la única consecuencia singular del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos es un mayor riesgo de recaída. Por ejemplo, el grado de alteración del sueño durante la abstinencia de alcohol (p. ej., el rebote del sueño REM) predice el riesgo de recaída en el consumo de alcohol. El control de la calidad del sueño y la somnolencia diurna durante y después de la abstinencia puede proporcionar información clínicamente significativa sobre si un individuo tiene un mayor riesgo de recaída.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias. Dormir trastornos están comúnmente encontrados en el contexto de la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias. Se debe realizar un diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos en lugar de un

474

diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando la alteración del sueño es predominante en el cuadro clínico y es lo suficientemente grave como para justificar una atención clínica independiente.

Delirio. Si se produce la alteración del sueño inducida por la sustancia o el medicamento exclusivamente durante el curso de un delirio, no se diagnostica por separado.

Otros trastornos del sueño. Un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos se distingue de otro trastorno del sueño si se considera que una sustancia/medicamento está etiológicamente relacionado con los síntomas. Un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos atribuido a un medicamento recetado para un trastorno mental o afección médica debe comenzar mientras el individuo recibe el medicamento o durante la interrupción, si hay un síndrome de interrupción/abstinencia asociado con el medicamento. Una vez que se interrumpe el tratamiento, la alteración del sueño suele remitir en cuestión de días a varias semanas. Si los síntomas persisten más de 4 semanas, se deben considerar otras causas de los síntomas relacionados con la alteración del sueño. No es infrecuente que las personas con otro trastorno del sueño usen medicamentos o drogas de abuso para automedicarse sus síntomas (p. ej., alcohol para el tratamiento del insomnio). Si se considera que la sustancia/medicamento desempeña un papel importante en la exacerbación del trastorno del sueño, puede justificarse un diagnóstico adicional de trastorno del sueño inducido por sustancia/medicamento.

Trastorno del sueño asociado a una condición médica. Sustancia/medicamento
el trastorno del sueño inducido y los trastornos del sueño con una afección médica (es decir, trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnolencia y trastorno de pesadillas) pueden producir síntomas similares de insomnio, somnolencia diurna o pesadillas, respectivamente. Muchas condiciones médicas que causan trastornos del sueño se tratan con medicamentos que también pueden causar trastornos del sueño. La cronología de los síntomas es el factor más importante para distinguir entre estas dos fuentes de síntomas del sueño. Las dificultades para dormir en una persona con una afección médica comórbida que claramente precedió al uso de cualquier medicamento para el tratamiento de esa afección médica sugeriría un diagnóstico de trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnia o trastorno de pesadilla con el especificador "con [afección médica específica]". aplicable al diagnóstico. Por el contrario, los síntomas del sueño que aparecen solo después del inicio de una sustancia/medicamento ~~en la práctica clínica general~~ /del medicamento. Si el trastorno del sueño es comórbido con otra afección médica y también se ve exacerbado por el consumo de sustancias, se dan ambos diagnósticos (es decir, trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnia o trastorno de pesadillas, "con [afección médica específica]" respectivamente; y [sustancia específica/ sueño inducido por medicación]

trastorno). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si el trastorno del sueño es atribuible a una sustancia/medicamento o a una afección médica, o independiente (es decir, no atribuible a una sustancia/medicamento o a una afección médica), un diagnóstico de trastorno del sueño y la vigilia no especificado Es indicado.

Comorbilidad

Consulte las secciones "Comorbilidad" para conocer otros trastornos del sueño en este capítulo, incluido el trastorno de insomnio, el trastorno de hipersomnolencia, la apnea central del sueño, la hipoventilación relacionada con el sueño y los trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, tipo de trabajo por turnos.

Relación con la Clasificación Internacional del Sueño Trastornos

La **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, 3.^a edición (ICSD-3), enumera los trastornos del sueño "debidos a un medicamento o sustancia" bajo sus respectivos fenotipos (p. ej., hipersomnia, trastorno del movimiento, parasomnia).

ICSD-3 no identifica un diagnóstico separado para "insomnio debido a un medicamento o sustancia" basado en la evidencia de que la confiabilidad de distinguir factores etiológicos únicos y específicos para el insomnio crónico es pobre.

475

Otro trastorno de insomnio especificado

G47.09

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de insomnio o cualquiera de los trastornos del sueño. Clase diagnóstica de trastornos de la vigilia. El otro trastorno de insomnio especificado

La categoría se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para el trastorno de insomnio o cualquier trastorno específico del sueño y la vigilia. Esto se hace registrando "otro trastorno de insomnio especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "trastorno de insomnio a corto plazo").

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes:

1. **Trastorno de insomnio a corto plazo:** la duración es inferior a 3 meses.

2. **Restringido al sueño no reparador:** la queja predominante es el sueño no reparador que no va acompañado de otros síntomas del sueño, como dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.

Trastorno de insomnio no especificado

G47.00

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de insomnio o cualquiera de los trastornos del sueño. Clase diagnóstica de trastornos de la vigilia. La categoría de trastorno de insomnio no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para el trastorno de insomnio o un trastorno de sueño-vigilia específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. diagnóstico.

Otro trastorno de hipersomnolencia especificado

G47.19

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de hipersomnolencia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de hipersomnolencia o cualquiera de los trastornos del sueño. Clase diagnóstica de trastornos de la vigilia. La categoría de otro trastorno de hipersomnolencia especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para el trastorno de hipersomnolencia o cualquier trastorno específico del sueño y la vigilia. Esto se hace registrando “otro trastorno de hipersomnolencia especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “hipersomnolencia de corta duración”, como en el síndrome de Kleine-Levin).

476

Trastorno de hipersomnolencia no especificado

G47.10

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de hipersomnolencia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de hipersomnolencia o cualquiera de los trastornos del sueño. Clase diagnóstica de trastornos de la vigilia. La categoría de trastorno de hipersomnolencia no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para el trastorno de hipersomnolencia o un trastorno de sueño-vigilia específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. diagnóstico.

Otro trastorno específico del sueño y la vigilia

G47.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del sueño y la vigilia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos del sueño-vigilia. Clase diagnóstica de trastornos de la vigilia y no califican para un diagnóstico de otro trastorno de insomnio especificado u otro trastorno de hipersomnia especificado. La categoría de otro trastorno del sueño-vigilia especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno específico del sueño-vigilia. Esto se hace registrando “otro trastorno específico del sueño y la vigilia” seguido del motivo específico (p. ej., “despertares repetidos durante el sueño con movimientos oculares rápidos sin polisomnografía o antecedentes de enfermedad de Parkinson u otra sinucleinopatía”).

Trastorno del sueño-vigilia no especificado

G47.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del sueño y la vigilia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos del sueño-vigilia. Clase diagnóstica de trastornos de la vigilia y no califican para un diagnóstico de trastorno de insomnio no especificado o trastorno de hipersomnia no especificado. La categoría de trastorno del sueño-vigilia no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar la razón por la que el

no se cumplen los criterios para un trastorno específico del sueño y la vigilia, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales incluyen eyaculación retardada, trastorno eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno de excitación/interés sexual femenino, dolor genito-pélvico/trastorno de penetración, trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino, eyaculación prematura (temprana), disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, otras disfunción sexual y disfunción sexual no especificada. Las disfunciones sexuales son un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan típicamente por una alteración clínicamente significativa en la capacidad de una persona para responder sexualmente o experimentar placer sexual. Un individuo puede tener varias disfunciones sexuales al mismo tiempo. En tales casos, todas las disfunciones deben ser diagnosticadas.

Se debe utilizar el juicio clínico para determinar si las dificultades sexuales son el resultado de una estimulación sexual inadecuada; en estos casos, aún puede haber una necesidad de atención, pero no se haría un diagnóstico de disfunción sexual. Estos casos pueden incluir, pero no se limitan a, condiciones en las que la falta de conocimiento sobre la estimulación eficaz impide la experiencia de la excitación o el orgasmo.

Los subtipos se utilizan para designar el inicio de la dificultad. En muchas personas con disfunciones sexuales, el tiempo de aparición puede indicar diferentes etiologías e intervenciones. **De por vida** se refiere a un problema sexual que ha estado presente desde las primeras experiencias sexuales y **adquirido** se aplica a las disfunciones sexuales que se desarrollan después de un período de función sexual relativamente normal. **Generalizado** se refiere a dificultades sexuales que no se limitan a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas, y **situacional** se refiere a dificultades sexuales que solo ocurren con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Además de los subtipos de por vida/adquirido y generalizado/situacional, se deben considerar una serie de factores durante la evaluación de la disfunción sexual, dado que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento y

puede contribuir, en diversos grados, entre individuos: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal; antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del trabajo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad o el placer sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento.

El juicio clínico sobre el diagnóstico de disfunción sexual debe tener en cuenta los factores culturales que pueden influir en las expectativas o generar prohibiciones sobre la experiencia del placer sexual. El envejecimiento y la duración de la relación pueden estar asociados con una disminución normativa en la respuesta sexual.

La respuesta sexual tiene un fundamento biológico necesario, pero por lo general se experimenta en un contexto intrapersonal, interpersonal y cultural. Así, la función sexual implica una interacción compleja entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos. En muchos contextos clínicos, se desconoce una comprensión precisa de la etiología de un problema sexual. No obstante, un diagnóstico de disfunción sexual requiere descartar problemas que se explican mejor por un trastorno mental no sexual, por los efectos de una sustancia (por ejemplo, drogas o

medicamentos), por una afección médica (p. ej., debido a un daño en el nervio pélvico), o por problemas graves en la relación, violencia de pareja u otros factores estresantes.

Es posible que la población de personas con diversidad de género, incluidas las personas transgénero, no binarias y agénero, no se identifique o no parezca encajar en las categorías de diagnóstico basadas en el sexo y el género existentes descritas en este capítulo. A pesar de los nombres dados al trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino y al trastorno de la excitación del interés sexual femenino, los criterios diagnósticos describen síntomas y experiencias que no dependen del sexo o género específico del individuo. Como tal, cualquiera de los diagnósticos se puede aplicar a individuos de género diverso según el juicio clínico. Para diagnósticos relacionados con la anatomía reproductiva (p. ej., disfunción eréctil, prematura [temprana]

eyaculación, eyaculación retardada y dolor/trastorno de penetración genitopélvico), los diagnósticos deben basarse en la anatomía actual del individuo y no en el sexo asignado al nacer. Se necesita mucha más investigación para comprender las experiencias de disfunción sexual entre personas de género diverso. Mientras tanto, como ocurre con todas las categorías del DSM, los médicos deben utilizar su mejor criterio.

Si la disfunción sexual se explica principalmente por otro trastorno mental no sexual (p. ej., trastorno depresivo o bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno psicótico), entonces solo se debe realizar el diagnóstico del otro trastorno mental. Si se cree que el problema se explica mejor por el uso/uso indebido o la suspensión de una droga o sustancia, debe diagnosticarse como una disfunción sexual inducida por sustancia/medicamento. Si la disfunción sexual es atribuible a otra condición médica (p. ej., neuropatía periférica), la persona no recibirá un diagnóstico psiquiátrico. Si la angustia grave en la relación, la violencia de pareja o factores estresantes importantes explican mejor las dificultades sexuales, entonces no se hace un diagnóstico de disfunción sexual, pero se puede enumerar un código Z apropiado para el problema de la relación o el factor estresante (p. ej., Z63.0 Relación angustiada con el cónyuge o pareja íntima); consulte el capítulo "Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica". En muchos casos, no se puede establecer una relación etiológica precisa entre otra condición (p. ej., una condición médica) y una disfunción sexual. Es posible tener un diagnóstico de disfunción sexual y una condición médica coexistente, trastorno mental no sexual o uso/uso indebido o interrupción de una droga o sustancia; y es posible tener uno o más diagnósticos de disfunción sexual.

eyaculación retardada

Criterios de diagnóstico

F52.32

- A. Cualquiera de los siguientes síntomas debe experimentarse en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente del 75 % al 100 %) de la actividad sexual en pareja (en contextos situacionales identificados o,

si es generalizado, en todos los contextos), y sin que el individuo desee demora: 1. Marcada demora en la eyaculación.

2. Marcada infrecuencia o ausencia de eyaculación.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante un mínimo duración aproximada de 6 meses.
- C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación grave u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especificar si: De

por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

479

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** Evidencia de angustia leve sobre los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de angustia moderada por los síntomas del Criterio A.

Severo: Evidencia de angustia severa o extrema por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

La característica esencial de la eyaculación retardada es un marcado retraso o incapacidad para lograr la eyaculación o una marcada poca frecuencia de eyaculación en todas o casi todas las ocasiones de actividad sexual en pareja, a pesar de la presencia de una estimulación sexual adecuada y el deseo de eyacular (Criterio A). Para calificar para un diagnóstico DSM-5 de eyaculación retardada, los síntomas deben haber persistido por una duración mínima de aproximadamente 6 meses (Criterio B) y deben causar malestar clínicamente significativo en el individuo (Criterio C). La actividad sexual en pareja puede incluir estimulación manual, oral, coital o anal. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se realizará por autoinforme, aunque para los hombres en relaciones de pareja heterosexuales, con frecuencia es la angustia de la pareja femenina lo que motiva la búsqueda de tratamiento. Es común que los hombres que presentan eyaculación retardada puedan eyacular con autoestimulación, pero no durante la actividad sexual.

La definición de "retraso" no tiene límites precisos, ya que no hay consenso sobre lo que constituye un tiempo razonable para alcanzar el orgasmo o lo que es inaceptablemente largo para la mayoría de los hombres y sus parejas sexuales. Aunque las definiciones de eyaculación retardada se aplican igualmente bien tanto a la orientación heterosexual como a la homosexual, la gran mayoría del enfoque de la investigación se ha basado en el concepto de latencia intravaginal y, por lo tanto, en las relaciones sexuales entre hombres y mujeres. Los hallazgos de esos estudios documentan que el intervalo de tiempo de latencia eyacularia intravaginal (IELT) de la mayoría de los hombres es de aproximadamente 4 a 10 minutos. Tampoco existe una delimitación diagnóstica clara entre la eyaculación retardada como disfunción sexual y el retraso que es consecuencia del envejecimiento normal. Por lo tanto, el diagnóstico de eyaculación retardada se basa en el juicio clínico, teniendo en cuenta los antecedentes médicos y psicosexuales del individuo, la edad, el contexto de la relación y los patrones y comportamientos de estimulación sexual. No se debe dar el diagnóstico de eyaculación retardada si el médico juzga que la insatisfacción del individuo se puede atribuir por completo a expectativas poco realistas.

Funciones asociadas

El hombre y su pareja pueden reportar penetraciones prolongadas para lograr el orgasmo hasta el punto de agotamiento o molestias genitales y, a veces, incluso lesiones para ellos y/o su pareja antes de que finalmente cesen. Algunos hombres pueden informar que evitan la actividad sexual debido a un patrón repetitivo de dificultad para eyacular.

La eyaculación retardada está asociada con la masturbación muy frecuente, el uso de técnicas de masturbación que una pareja no puede duplicar fácilmente y marcadas disparidades entre las fantasías sexuales durante la masturbación y la realidad del sexo con una pareja.

Los hombres con eyaculación retardada generalmente informan menos actividad coital, niveles más altos de angustia en la relación, insatisfacción sexual, menor excitación subjetiva, ansiedad sobre su desempeño sexual y problemas generales de salud que los hombres sexualmente funcionales.

Además de las consideraciones de los subtipos aplicables (es decir, si el retraso en la eyaculación ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo o comenzó después de un período de función sexual relativamente normal, y si el retraso en la eyaculación es generalizado u ocurre solo con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas), es importante considerar los siguientes factores en la evaluación de la eyaculación retardada: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales o salud de la pareja); 2) factores de relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias

480

en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., deseo sexual hipoactivo), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes como la pérdida del trabajo o el estrés; 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); 5) factores médicos, particularmente hipogonadismo o trastornos neurológicos (p. ej., esclerosis múltiple, neuropatía diabética); y 6) uso de sustancias o medicamentos que podrían inhibir la eyaculación (p. ej., uso de fármacos serotoninérgicos).

Predominio

La prevalencia de la eyaculación retardada en los Estados Unidos se estima en 1% a 5%, pero ha llegado al 11% en estudios internacionales. Sin embargo, la variación en las definiciones de síndrome entre los estudios puede haber contribuido a las diferencias en la prevalencia del trastorno del DSM-5.

Desarrollo y curso La eyaculación

retardada de por vida comienza con experiencias sexuales tempranas y continúa a lo largo de la vida de un individuo. La eyaculación retardada adquirida comienza después de un período de función sexual normal. Una serie de factores biomédicos, psicosociales y culturales pueden contribuir a la predisposición o al mantenimiento de la eyaculación retardada de por vida o adquirida (consulte la sección "Factores de riesgo y pronóstico"), y cualquiera de los subtipos puede ser generalizado o de naturaleza situacional.

La prevalencia de la eyaculación retardada aumenta con la edad. A medida que los hombres envejecen, es más probable que presenten progresivamente más de los siguientes cambios en la función eyacularia, incluidos, entre otros, volumen, fuerza y sensación eyaculatorios reducidos, y aumento del "tiempo refractario". La latencia refractaria aumenta para los hombres debido a complicaciones quirúrgicas, médicas y farmacéuticas, así como al envejecimiento.

Factores de riesgo y pronóstico La

latencia eyacularia es una consecuencia de punto final que está determinada por una variedad de factores. Un gran número de factores psicosociales aumentan la probabilidad de que un individuo experimente eyaculación retardada, siendo la depresión y la insatisfacción en la relación los contribuyentes predominantes.

Genético y fisiológico. Numerosas condiciones médicas pueden conducir a la eyaculación retardada, incluidos los procedimientos que interrumpen la inervación simpática o somática de la región genital, como la prostatectomía radical para el tratamiento del cáncer. Los trastornos neurológicos y endocrinos, que incluyen lesión de la médula espinal, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, cirugía de la región pélvica, diabetes grave, epilepsia, anomalías hormonales y apnea del sueño, así como abuso de alcohol, disfunción intestinal, consumo de cannabis y factores ambientales, pueden ser asociados con la eyaculación retardada.

Además, los medicamentos que inhiben la inervación α -adrenérgica del sistema eyacular (p. ej., tamsulosina) se asocian con retraso

eyaculación, así como agentes antihipertensivos, antidepresivos (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y fármacos antipsicóticos.

La pérdida relacionada con la edad de los nervios sensoriales periféricos de conducción rápida y la disminución de la secreción de esteroides sexuales relacionada con la edad pueden estar asociadas con un aumento de la eyaculación retardada en los hombres a medida que envejecen. Los niveles reducidos de andrógenos con la edad también pueden estar asociados con la eyaculación tardía.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género Por definición, el diagnóstico de eyaculación retardada solo se da a los hombres. Las dificultades angustiosas con el orgasmo en las mujeres se considerarían como trastorno orgásmico femenino.

481

Consecuencias funcionales de la eyaculación retardada La

eyaculación retardada a menudo se asocia con una angustia psicológica considerable en uno o ambos miembros de la pareja.

La dificultad con la eyaculación puede contribuir a las dificultades en la concepción y conducir a una evaluación significativa de la fertilidad, ya que las personas no suelen discutir espontáneamente la falta de eyaculación a menos que haya una consulta directa de su médico.

Diagnóstico diferencial

Otra condición médica o lesión y/o su tratamiento

Un gran desafío diagnóstico es diferenciar entre una eyaculación retardada que se explica por completo por otra afección médica o lesión (o su tratamiento) y una eyaculación retardada atribuible a una variedad de factores biomédico-psicosociales y culturales proporcionalmente diferentes que determinan los síntomas. Varias condiciones médicas o lesiones, junto con sus tratamientos, pueden producir retrasos en la eyaculación independientemente de los problemas psicosociales y culturales.

La eyaculación retardada debe diferenciarse de una serie de afecciones urológicas (especialmente otros trastornos de la eyaculación), incluida la eyaculación retrógrada o la **anejaculación**, que suele ser el resultado de etiologías

que van desde anomalías hormonales hasta neurológicas y/o anatómicas, incluida la obstrucción del conducto eyaculador y otros trastornos urológicos.

Uso de sustancias/medicamentos. Varios agentes farmacológicos, como los antidepresivos, los antipsicóticos, los fármacos simpáticos y el alcohol y los fármacos opioides, pueden causar problemas de eyaculación. En tales casos, el diagnóstico es disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos en lugar de eyaculación retardada.

Disfunción con el orgasmo. Es importante en la historia determinar si la queja se refiere a la eyaculación retardada o la sensación de orgasmo, o ambas. La eyaculación ocurre en los genitales, mientras que se cree que la experiencia del orgasmo es principalmente subjetiva. La eyaculación y el orgasmo suelen ocurrir juntos, pero no siempre. Por ejemplo, un varón con un patrón eyaculatorio normal puede quejarse de disminución del placer (es decir, eyaculación anhedónica).

Tal queja no se codificaría como eyaculación retardada, pero podría codificarse como otra disfunción sexual especificada o disfunción sexual no especificada.

Comorbilidad Hay

alguna evidencia que sugiere que la eyaculación retardada puede ser más común en formas graves de trastorno depresivo mayor.

Trastorno eréctil

Criterios de diagnóstico

F52.21

- A. Al menos uno de los tres síntomas siguientes debe experimentarse en casi todas o todas (aproximadamente 75%–100%) ocasiones de actividad sexual (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos): 1. Dificultad marcada para obtener una erección durante las relaciones sexuales actividad.

2. Marcada dificultad para mantener una erección hasta la finalización de la actividad sexual.
 3. Marcada disminución de la rigidez eréctil.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante un mínimo duración aproximada de 6 meses.
- C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.

482

- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación grave u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especificar si: De

por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** Evidencia de angustia leve sobre los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de angustia moderada por los síntomas del Criterio A.

Severo: Evidencia de angustia severa o extrema por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno eréctil es una marcada dificultad para obtener o mantener una erección o una marcada disminución de la rigidez eréctil en todas o casi todas las ocasiones de actividad sexual (Criterio A) que ha persistido durante al menos 6 meses (Criterio B) y que cause malestar clínicamente significativo en el individuo (Criterio C). Es necesaria una historia sexual cuidadosa para determinar que el problema ha estado presente durante un período de tiempo significativo (es decir, al menos aproximadamente 6 meses) y ocurre en la mayoría de las ocasiones sexuales (es decir, al menos el 75% del tiempo). Los síntomas pueden ocurrir solo en situaciones específicas que involucran ciertos tipos de estimulación o parejas, o pueden ocurrir de manera generalizada en todo tipo de situaciones, estimulación o parejas.

Este capítulo utiliza los términos **trastorno eréctil** y **disfunción eréctil**, que no son sinónimos. **La disfunción eréctil** es un término descriptivo ampliamente utilizado (incluso en ICD-10) que se refiere a la dificultad para lograr y mantener una erección. El **trastorno eréctil** es la categoría diagnóstica más específica del DSM-5 en la que la disfunción eréctil persiste durante al menos 6 meses y causa angustia en el individuo.

Funciones asociadas

Muchos hombres con trastorno eréctil pueden tener baja autoestima, poca confianza en sí mismos y un sentido disminuido de masculinidad, y pueden experimentar un estado de ánimo deprimido. La disfunción eréctil también está fuertemente asociada con sentimientos de culpa, culpabilidad, sensación de fracaso, ira y preocupación por decepcionar a la pareja. Puede ocurrir miedo y/o evitación de futuros encuentros sexuales. Son comunes la disminución de la satisfacción sexual y la reducción del deseo sexual en la pareja del individuo.

Además de las consideraciones de los subtipos aplicables (es decir, si la disfunción eréctil ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo o comenzó después de un período de función sexual relativamente normal, y si la disfunción eréctil es generalizada u ocurre solo con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas), es importante considerar los siguientes factores en la evaluación del trastorno eréctil: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales o salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3)

factores de vulnerabilidad individual (p. ej., deseo sexual hipoactivo), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes como la pérdida del trabajo o el estrés; 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); 5) factores médicos, en particular cirugía (p. ej., resección transuretral de la próstata), hipogonadismo o afecciones neurológicas

483

(p. ej., esclerosis múltiple, neuropatía diabética); y 6) uso de sustancias o medicamentos que podrían inhibir la eyaculación (p. ej., uso de fármacos serotoninérgicos).

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno eréctil de por vida versus el adquirido. Hay un fuerte aumento relacionado con la edad tanto en la prevalencia como en la incidencia de problemas de erección, particularmente después de los 50 años. A nivel internacional, la prevalencia del trastorno eréctil en la población general es aproximadamente del 13 % al 21 % de los hombres de 40 a 80 años. Las tasas parecen ser inferiores al 10% en hombres menores de 40 años, alrededor del 20% al 40% en hombres de 60 años y del 50% al 75% en hombres mayores de 70 años. En un estudio longitudinal en Australia, el 80 % de los hombres de 70 años o más sufrieron trastornos de erección. En una revisión de estudios en su mayoría de países occidentales, alrededor del 20% de los hombres temían problemas de erección en su primera experiencia sexual, mientras que aproximadamente el 8% experimentaron problemas de erección que dificultaron la penetración durante su primera experiencia sexual. Entre los que respondieron a una encuesta en línea en los EE. UU., no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia del trastorno eréctil según el origen étnico-racial. Los datos representativos a nivel nacional de los EE. UU. muestran que la prevalencia de las dificultades de erección es similar en los hombres mayores que tienen sexo con hom

Desarrollo y curso

Se ha encontrado que la falla eréctil en el primer intento sexual está relacionada con tener relaciones sexuales con una pareja previamente desconocida, el uso concomitante de drogas o alcohol, el no querer tener relaciones sexuales y la presión de los compañeros. Hay evidencia mínima sobre la persistencia de tales problemas después del primer intento.

Se supone que la mayoría de estos problemas remiten espontáneamente sin intervención profesional, pero algunos hombres pueden continuar teniendo problemas episódicos. Por el contrario, el trastorno eréctil adquirido a menudo se asocia con factores biológicos como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Es probable que el trastorno eréctil adquirido sea persistente en la mayoría de los hombres.

Se desconoce la historia natural del trastorno eréctil de por vida. La observación clínica respalda la asociación del trastorno de erección de por vida con factores psicológicos que son autolimitados o responden a intervenciones psicológicas, mientras que, como se señaló anteriormente, es más probable que el trastorno de erección adquirido esté relacionado con factores biológicos y sea persistente. La incidencia del trastorno eréctil aumenta con la edad. Una minoría de hombres diagnosticados con insuficiencia eréctil moderada puede experimentar una remisión espontánea de los síntomas sin intervención médica. La angustia asociada con el trastorno eréctil es menor en los hombres mayores en comparación con los hombres más jóvenes.

Factores de riesgo y pronóstico

Modificadores de curso. Los factores de riesgo para la disfunción eréctil adquirida y, como consecuencia, el trastorno eréctil incluyen la edad, el tabaquismo, la falta de ejercicio físico, la diabetes y la disminución del deseo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La prevalencia del trastorno eréctil varía según los países. No está claro hasta qué punto estas variaciones representan diferencias en las expectativas culturales en contraposición a diferencias genuinas en la frecuencia de la falla eréctil.

El respaldo diferencial puede estar relacionado con preocupaciones culturales acerca de parecer débil o menos masculino o con diversas normas culturales acerca de los cambios en la función eréctil durante el envejecimiento saludable. Las expectativas culturales con respecto a las relaciones maritales, el desempeño sexual, la fertilidad y los roles de género pueden influir en las ansiedades que pueden contribuir al trastorno eréctil. Según las respuestas a una encuesta en línea, el trastorno eréctil puede estar asociado con la preocupación por el tamaño de los genitales en los Estados Unidos y el Medio Oriente y con temores de infertilidad masculina con mayor frecuencia en el Medio Oriente.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género Por definición, el diagnóstico de disfunción eréctil solo se da a los hombres.

Las dificultades angustiosas con la excitación sexual en las mujeres se considerarían como trastorno del interés/excitación sexual femenina.

Marcadores de diagnóstico

La prueba de tumescencia peneana nocturna y la turgencia eréctil medida durante el sueño pueden emplearse para ayudar a diferenciar los problemas de erección orgánicos de los psicógenos, suponiendo que las erecciones adecuadas durante el sueño con movimientos oculares rápidos indican una etiología psicológica del problema. Se pueden emplear una serie de otros procedimientos de diagnóstico dependiendo de la evaluación del médico de su relevancia dada la edad del individuo, los problemas médicos comórbidos y la presentación clínica. La ecografía Doppler y la inyección intravascular de fármacos vasoactivos, así como los procedimientos de diagnóstico invasivos, como la cavernosografía de infusión dinámica, se pueden utilizar para evaluar la integridad vascular. Los estudios de conducción del nervio pudendo, incluidos los potenciales evocados somatosensoriales, pueden emplearse cuando se sospecha una neuropatía periférica. La prueba de niveles bajos de testosterona sérica biodisponible o libre es apropiada especialmente cuando hay diabetes, para hombres que también experimentan deseo hipoactivo y para aquellos que no responden a los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5. También se puede evaluar la función tiroidea. La determinación de la glucosa sérica en ayunas es útil para detectar la presencia de diabetes mellitus. La evaluación de los lípidos séricos es importante, ya que el trastorno eréctil en hombres mayores de 40 años predice el riesgo futuro de enfermedad arterial coronaria.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Entre

los hombres que reciben tratamiento para el trastorno eréctil con depresión comórbida, se han observado índices elevados de pensamientos o comportamientos suicidas; mientras que los hombres afectados atribuyeron los síntomas suicidas a su trastorno eréctil, la presencia de depresión también fue probablemente un factor contribuyente. Las tasas elevadas de suicidio entre los hombres con cáncer de próstata pueden estar relacionadas en parte con la disfunción eréctil asociada al tratamiento y los consiguientes síntomas depresivos.

Consecuencias funcionales del trastorno eréctil El trastorno

eréctil puede interferir con la fertilidad y producir angustia tanto individual como interpersonal. El miedo y/o la evitación de los encuentros sexuales pueden interferir con la capacidad de desarrollar relaciones íntimas. Puede ocurrir una angustia psicológica significativa entre los hombres que presentan un trastorno eréctil.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. El trastorno depresivo mayor y el trastorno eréctil están estrechamente relacionados, y puede ocurrir un trastorno eréctil que acompaña al trastorno depresivo grave. Si las dificultades de erección se explican mejor por otro trastorno mental, como una depresión mayor, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno de erección.

Función eréctil normal. El diferencial debe incluir la consideración de función eréctil normal en hombres con expectativas excesivas.

Uso de sustancias/medicamentos. El inicio de la disfunción eréctil que coincide con el comienzo del uso de la sustancia/medicamento y que se disipa con la suspensión de la sustancia/medicamento o la reducción de la dosis sugiere una disfunción sexual inducida por la sustancia/medicamento, que debe diagnosticarse en lugar de un trastorno eréctil.

485

Otra condición médica. El aspecto más difícil del diagnóstico diferencial del trastorno eréctil es descartar problemas de erección que se explican completamente por factores médicos. Tales casos no recibirían un diagnóstico de trastorno mental. La distinción entre el trastorno eréctil como un trastorno mental y la disfunción eréctil como resultado de otra afección médica generalmente no está clara, y muchos casos tendrán etiologías biológicas y psiquiátricas complejas e interactivas. Si el individuo tiene más de 40 a 50 años y/o tiene problemas médicos concomitantes, el diagnóstico diferencial debe incluir etiologías médicas, especialmente enfermedad vascular. La presencia de una enfermedad orgánica conocida por causar problemas de erección no confirma una relación causal. Por ejemplo, un hombre con diabetes mellitus puede desarrollar un trastorno eréctil en respuesta al estrés psicológico. E

la disfunción debida a factores orgánicos es generalizada y de inicio gradual. Una excepción serían los problemas de erección después de una lesión traumática de la inervación nerviosa de los órganos genitales (p. ej., lesión de la médula espinal). Los problemas de erección que son situacionales e inconsistentes y que tienen un inicio agudo después de un evento estresante de la vida son más a menudo atribuibles a eventos psicológicos. Una edad menor de 40 años también sugiere una etiología psicológica de la dificultad.

Comorbilidad El

trastorno eréctil puede tener comorbilidad con otros diagnósticos sexuales, como la eyaculación precoz (temprana) y el trastorno del deseo sexual masculino hipoactivo, así como con trastornos de ansiedad y depresivos. El riesgo de depresión es significativamente mayor en los hombres con trastorno eréctil, con un riesgo marcadamente mayor de depresión en el primer año después del inicio. En los hombres diagnosticados con trastorno de estrés postraumático, los problemas de erección son comunes. El trastorno eréctil es común en hombres con síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la hipertrofia prostática. El trastorno eréctil puede tener comorbilidad con dislipidemia, enfermedad cardiovascular, hipogonadismo, esclerosis múltiple, diabetes mellitus y otras enfermedades que interfieren con la función vascular, neurológica o endocrina necesaria para la función eréctil normal.

Trastorno orgásmico femenino

Criterios de diagnóstico

F52.31

- A. Presencia de cualquiera de los siguientes síntomas y experimentado en casi todas o todas (aproximadamente 75%–100%) ocasiones de actividad sexual (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos):
 - 1. Retraso marcado en, marcado poca frecuencia o ausencia de orgasmo.
 - 2. Intensidad marcadamente reducida de las sensaciones orgásmicas.

- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante un mínimo duración aproximada de 6 meses.
- C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación grave (p. ej., violencia de pareja) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especificar si: De

por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

486

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar

si: **Nunca experimentó un orgasmo bajo ninguna situación.**

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** Evidencia de angustia leve sobre los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de angustia moderada por los síntomas del Criterio A.

Severo: Evidencia de angustia severa o extrema por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

El trastorno orgásmico femenino se caracteriza por la dificultad para experimentar el orgasmo y/o una intensidad marcadamente reducida de las sensaciones orgásmicas (Criterio A). Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que provoca el orgasmo. De manera similar, las descripciones subjetivas del orgasmo son extremadamente variadas, lo que sugiere que se experimenta de maneras muy diferentes, tanto entre mujeres como en diferentes ocasiones por parte de la misma mujer. Para un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino, los síntomas deben experimentarse en casi todas o todas (aproximadamente 75%-100%) ocasiones de actividad sexual (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos) y tener una duración mínima de aproximadamente 6 meses. El uso de los criterios mínimos de severidad y duración pretende distinguir las dificultades orgásmicas transitorias de una disfunción orgásmica más persistente. La inclusión de "aproximadamente" en el Criterio B permite el juicio clínico en los casos en los que la duración de los síntomas no alcanza el umbral recomendado de 6 meses.

Para que una mujer tenga un diagnóstico de trastorno del orgasmo femenino, los síntomas deben acompañarse de un malestar clínicamente significativo (Criterio C). En muchos casos de problemas con el orgasmo, las causas son multifactoriales o no se pueden determinar. Si se considera que el trastorno orgásmico femenino se explica mejor por otro trastorno mental, los efectos de una sustancia/medicamento o una condición médica, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino. Finalmente, si están presentes factores interpersonales o contextuales significativos, como una relación gravemente conflictiva, violencia de pareja u otros factores estresantes significativos, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Muchas mujeres requieren estimulación del clítoris para alcanzar el orgasmo, y una proporción relativamente pequeña de mujeres informan que siempre experimentan el orgasmo durante el coito peneano-vaginal. Por lo tanto, el hecho de que una mujer experimente el orgasmo a través de la estimulación del clítoris, pero no durante el coito, no cumple los criterios para un diagnóstico clínico de trastorno orgásmico femenino. También es importante considerar si las dificultades del orgasmo son el resultado de una estimulación sexual inadecuada; en estos casos, aún puede haber una necesidad de atención, pero no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Funciones asociadas

Las asociaciones entre patrones específicos de rasgos de personalidad o psicopatología y disfunción orgásmica generalmente no han sido respaldadas. En comparación con las mujeres sin el trastorno, algunas mujeres con trastorno orgásmico femenino pueden tener mayores dificultades para comunicarse sobre cuestiones sexuales. Sin embargo, la satisfacción sexual general no está fuertemente correlacionada con la experiencia orgásmica. Muchas mujeres reportan altos niveles de satisfacción sexual a pesar de que rara vez o nunca experimentan un orgasmo. Las dificultades del orgasmo en las mujeres a menudo coexisten con problemas relacionados con el interés y la excitación sexual. Además de los subtipos "adquirido/

En "de por vida" y generalizado/situacional" se deben considerar los siguientes factores de prevalencia y pronóstico del trastorno del orgasmo femenino dado que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja , estado de salud de la pareja); 2) factores de relación (p. ej., pobre

487

comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del trabajo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de manera diferente a los síntomas de presentación de diferentes mujeres con este trastorno.

Predominio

Las tasas de prevalencia informadas de problemas del orgasmo en mujeres premenopáusicas varían ampliamente, del 8 % al 72 %, dependiendo de múltiples factores (p. ej., edad, antecedentes culturales y contexto, duración, gravedad de los síntomas); sin embargo, estas estimaciones no tienen en cuenta la presencia de angustia. Solo una proporción de mujeres que experimentan dificultades con el orgasmo también informan angustia asociada. La variación en cómo se evalúan los síntomas (p. ej., la duración de los síntomas y el período de recuerdo) también influye en las tasas de

A nivel internacional, aproximadamente el 10% de las mujeres no experimentan un orgasmo a lo largo de su vida.

Desarrollo y curso Por definición, el

trastorno orgásmico femenino de por vida indica que las dificultades del orgasmo siempre han estado presentes, mientras que el subtipo adquirido se asignaría si las dificultades del orgasmo de la mujer se desarrollaron después de un período de funcionamiento orgásmico normal.

La primera experiencia de orgasmo de una mujer puede ocurrir en cualquier momento desde el período prepuberal hasta bien entrada la edad adulta. Las mujeres muestran un patrón más variable en la edad del primer orgasmo que los hombres, y los informes de mujeres sobre haber experimentado un orgasmo aumentan con la edad. Muchas mujeres aprenden a experimentar el orgasmo a medida que experimentan una amplia variedad de estímulos y adquieren más conocimiento sobre sus cuerpos. Las tasas de consistencia orgásmica de las mujeres (definidas como "usualmente o siempre" experimentando un orgasmo) son más altas durante la masturbación que durante la actividad sexual con una pareja.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Una amplia gama de factores psicológicos, como la ansiedad y las preocupaciones sobre el embarazo, pueden interferir potencialmente con la capacidad de una mujer para experimentar el orgasmo.

Ambiental. Existe una fuerte asociación entre los problemas de relación, la salud física y la salud mental y las dificultades del orgasmo en las mujeres.

Los factores socioculturales (por ejemplo, las expectativas del rol de género y las normas religiosas) también son influencias importantes en la experiencia de las dificultades del orgasmo.

Genético y fisiológico. Muchos factores fisiológicos pueden influir en la experiencia del orgasmo de una mujer, incluidas las condiciones médicas y los medicamentos. Afecciones como la esclerosis múltiple, el daño del nervio pélvico por la histerectomía radical y la lesión de la médula espinal pueden influir en el funcionamiento orgásmico de las mujeres. Se sabe que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina retrasan o inhiben el orgasmo en las mujeres. Las mujeres con atrofia vulvovaginal (caracterizada por síntomas tales como sequedad vaginal, picazón y dolor) tienen muchas más probabilidades de reportar dificultades con el orgasmo que las mujeres sin esta afección. El estado menopáusico no se asocia consistentemente

con la probabilidad de dificultades del orgasmo. Puede haber una contribución genética significativa a la variación en la función orgásmica femenina. Sin embargo, es probable que los factores psicológicos, socioculturales y fisiológicos interactúen de manera compleja para influir en la experiencia del orgasmo de las mujeres y en las dificultades del orgasmo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura El grado en que la falta de orgasmo en las mujeres se considera un problema que requiere tratamiento puede variar según el contexto cultural. Puntos de vista culturales que subestiman la mujer

488

satisfacción sexual o que perciben el sexo marital como un deber de la mujer más que como una actividad placentera se asocian con una menor búsqueda de ayuda. Además, las mujeres difieren en la importancia del orgasmo para su satisfacción sexual. Puede haber marcadas diferencias socioculturales y generacionales en la capacidad orgásmica de las mujeres. Por ejemplo, los informes sobre la prevalencia de la incapacidad para alcanzar el orgasmo varían en un rango doble entre las regiones del mundo.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el

género Por definición, el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino se da sólo a las mujeres. Las dificultades angustiosas con el orgasmo en los hombres se considerarían como eyaculación retardada.

Marcadores de diagnóstico

Aunque se producen cambios fisiológicos medibles durante el orgasmo femenino, incluidos cambios en las hormonas, la musculatura del suelo pélvico y la activación cerebral, existe una variabilidad significativa en estos indicadores del orgasmo entre las mujeres. En situaciones clínicas, el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino se basa en el autoinforme de la mujer.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Las disfunciones de la excitación y la satisfacción sexual se han asociado con pensamientos suicidas entre mujeres veteranas y miembros del servicio militar, incluso después del ajuste por trastorno de estrés postraumático probable, depresión probable, antecedentes de despliegue militar, estado civil, edad, servicio en el ejército y raza.

Consecuencias funcionales del trastorno orgásmico femenino Las consecuencias funcionales del trastorno orgásmico femenino no están claras. Aunque existe una fuerte asociación entre los problemas de relación y las dificultades del orgasmo en las mujeres, no está claro si los factores de relación son factores de riesgo para las dificultades del orgasmo o son consecuencias de esas dificultades.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Si las dificultades del orgasmo se explican mejor por otro trastorno mental, como una depresión mayor, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. Un inicio de disfunción orgásmica que coincide con el comienzo del uso de sustancias/medicamentos y que se disipa con la interrupción de la sustancia/medicamento o la reducción de la dosis sugiere una disfunción sexual inducida por sustancia/medicamento, que debe diagnosticarse en lugar de un trastorno orgásmico femenino.

Otra condición médica. Si el trastorno es atribuible a otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal), entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Factores interpersonales. Si los factores interpersonales o contextuales significativos, como la angustia grave en las relaciones, la violencia de la pareja íntima u otros factores estresantes significativos, están asociados con las dificultades del orgasmo, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Otras disfunciones sexuales. El trastorno orgásmico femenino puede ocurrir en asociación con otras disfunciones sexuales (p. ej., trastorno de excitación/interés sexual femenino). La presencia de otra disfunción sexual no descarta el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino. Dificultades ocasionales del orgasmo que son de corta duración o poco frecuentes y no van acompañadas de

la angustia o el deterioro clínicamente significativos no se diagnostican como trastorno orgásmico femenino. Un diagnóstico tampoco es apropiado si los problemas son el resultado de una estimulación sexual inadecuada.

489

Comorbilidad

Las mujeres con trastorno orgásmico femenino pueden tener dificultades simultáneas de interés/excitación sexual. Las mujeres con diagnósticos de otros trastornos mentales no sexuales, como el trastorno depresivo mayor, pueden experimentar menor interés/excitación sexual, y esto puede aumentar indirectamente la probabilidad de tener dificultades con el orgasmo.

Trastorno de interés/excitación sexual femenina

Criterios de diagnóstico

F52.22

- A. Falta de interés/excitación sexual, o significativamente reducido, manifestado por al menos tres de los siguientes: 1. Ausencia/reducción de interés en la actividad sexual.
2. Pensamientos o fantasías sexuales/eróticas ausentes/reducidas.
3. Iniciación nula o reducida de la actividad sexual y, por lo general, poco receptiva a los intentos de iniciación de la pareja.
4. Excitación/placer sexual ausente/reducido durante la actividad sexual en casi todos o todos (aproximadamente 75%–100%) encuentros sexuales (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos).
5. Interés/excitación sexual ausente/reducido en respuesta a cualquier señal sexual/erótica interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).
6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes/reducidas durante la actividad sexual en casi todos o todos (aproximadamente 75%–

- 100%) encuentros sexuales (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos).
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante un mínimo duración aproximada de 6 meses.
 - C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.
 - D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación grave (p. ej., violencia de pareja) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especificar si: De

por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** Evidencia de angustia leve sobre los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de angustia moderada por los síntomas del Criterio A.

Severo: Evidencia de angustia severa o extrema por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

Al evaluar el trastorno de excitación/interés sexual femenino, se debe tener en cuenta el contexto interpersonal. Una "discrepancia de deseo", en la que una mujer tiene

menor deseo de actividad sexual que su pareja, no es suficiente para diagnosticar el trastorno de excitación/interés sexual femenino. Para que se cumplan los criterios del trastorno, debe haber ausencia o frecuencia reducida o

490

intensidad de al menos tres de los seis indicadores (Criterio A) durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses (Criterio B). Puede haber diferentes perfiles de síntomas entre las mujeres, así como la variabilidad en la forma en que se expresan el interés y la excitación sexuales. Por ejemplo, en una mujer, el trastorno de interés/excitación sexual puede expresarse como falta de interés en la actividad sexual, ausencia de pensamientos eróticos o sexuales y renuencia a iniciar la actividad sexual y responder a las invitaciones sexuales de una pareja. En otra mujer, la incapacidad para excitarse sexualmente, la incapacidad para responder a los estímulos sexuales con deseo sexual y la correspondiente falta de signos de excitación sexual física pueden ser las características principales. Las dificultades en el deseo y la excitación sexual también pueden ocurrir simultáneamente, ya que las mujeres con pérdida del deseo sexual pueden tener nueve veces más probabilidades de haber perdido también la excitación o excitación sexual. Los cambios a corto plazo en el interés o la excitación sexual son comunes y pueden ser respuestas adaptativas a eventos en la vida de una mujer y no representan una disfunción sexual. El diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenina requiere una duración mínima de los síntomas de aproximadamente 6 meses como reflejo de que los síntomas deben ser un problema persistente. La estimación de la persistencia podrá determinarse por juicio clínico cuando no se pueda determinar con precisión una duración de 6 meses.

Puede haber ausencia o reducción de la frecuencia o intensidad del interés en la actividad sexual (Criterio A1), que anteriormente era el único criterio para *el trastorno del deseo sexual hipoactivo*; esta condición ahora está representada por el trastorno de excitación/interés sexual femenino. La frecuencia o intensidad de los pensamientos o fantasías sexuales y eróticas puede estar ausente o reducida (Criterio A2). La expresión de las fantasías varía mucho entre las mujeres y puede incluir recuerdos de experiencias sexuales pasadas. La disminución normativa de los pensamientos sexuales con la edad debe tenerse en cuenta cuando se evalúa este criterio. La ausencia o la frecuencia reducida de iniciar la actividad sexual y de la receptividad a las invitaciones sexuales de una pareja (Criterio A3) es un comportamiento

criterio enfocado. Las creencias y preferencias de una pareja por los patrones de iniciación sexual son muy relevantes para la evaluación de este criterio. Puede haber placer o excitación sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todos o todos (aproximadamente 75%-100%) encuentros sexuales (Criterio A4). La falta de placer es una queja clínica común que se presenta en mujeres con poco deseo. Entre las mujeres que informan un bajo deseo sexual, hay menos señales sexuales o eróticas que provocan interés o excitación sexual (es decir, hay una falta de "deseo de respuesta"). La evidencia sugiere que puede haber al menos dos tipos de trastornos de excitación/interés sexual femenino: uno basado en una baja sensibilidad a las señales sexuales y un segundo basado en la sobreactivación de la inhibición sexual. La evaluación de la adecuación de los estímulos sexuales ayudará a determinar si existe una dificultad con el deseo sexual receptivo (Criterio A5). La frecuencia o intensidad de las sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual pueden estar reducidas o ausentes (Criterio A6). Esto puede incluir reducción de la lubricación/vasocongestión vaginal, pero debido a que las medidas fisiológicas de la respuesta sexual genital no diferencian a las mujeres que reportan inquietudes sobre excitación sexual de aquellas que no lo hacen, el autoinforme de sensaciones genitales o no genitales reducidas o ausentes es suficiente.

Para realizar un diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino, los síntomas del Criterio A deben estar acompañados de una angustia clínicamente significativa. La angustia se puede experimentar como resultado de la falta de interés/excitación sexual o como resultado de una interferencia significativa en la vida y el bienestar de una mujer. Si una falta de deseo sexual de por vida se explica mejor por la identificación de uno mismo como "asexual", entonces no se haría un diagnóstico de trastorno de excitación/interés sexual femenino.

Funciones asociadas

El trastorno de interés/excitación sexual femenina se asocia frecuentemente con problemas para experimentar el orgasmo, dolor experimentado durante la actividad sexual, actividad sexual poco frecuente y discrepancias en el deseo a nivel de pareja.

Las dificultades en las relaciones, el estrés crónico y los trastornos del estado de ánimo también son características frecuentemente asociadas con el trastorno de interés/excitación sexual femenino. Expectativas y normas poco realistas con respecto al nivel "apropiado" de

el interés o la excitación, junto con técnicas sexuales deficientes y la falta de información sobre la sexualidad, también pueden ser evidentes en mujeres diagnosticadas con trastorno de interés/excitación sexual femenina. Estos últimos, así como las creencias normativas sobre los roles de género, son factores importantes a considerar. Además de los subtipos “adquirido/

En “de por vida” y “generalizado/estacional”, se deben considerar los siguientes factores que contribuyen a la etiología y/o el tratamiento: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja, angustia relacionada con la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual, duración de la relación); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del trabajo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento. Tenga en cuenta que cada uno de estos factores puede contribuir de manera diferente a los síntomas de presentación de diferentes mujeres con este trastorno.

Predominio

Aproximadamente el 30% de las mujeres experimentan un bajo deseo crónico, aproximadamente la mitad de ellas experimentan una angustia significativa relacionada con la pareja y una cuarta parte experimentan angustia personal. La prevalencia de deseo sexual bajo y de problemas con la excitación sexual (con y sin angustia asociada) puede variar notablemente en relación con la edad, el contexto cultural, la duración de los síntomas y la presencia de angustia. En cuanto a la duración de los síntomas, existen notables diferencias en las estimaciones de prevalencia entre problemas a corto plazo y persistentes relacionados con la falta de interés sexual. Cuando se requiere angustia por el funcionamiento sexual, las estimaciones de prevalencia son notablemente más bajas.

Aunque existe una fuerte relación entre el bajo deseo y la edad, la prevalencia de la angustia relacionada con el sexo asociada con el bajo deseo disminuye a medida que aumenta la edad. edad de las mujeres.

Desarrollo y curso Por definición,

el trastorno de interés/excitación sexual femenino de por vida sugiere que la falta de interés o excitación sexual ha estado presente durante toda la vida sexual de la mujer. Para los Criterios A3, A4 y A6, que evalúan el funcionamiento durante la actividad sexual, un subtipo de toda la vida significaría la presencia de síntomas desde las primeras experiencias sexuales del individuo. El subtipo adquirido se asignaría si las dificultades con el interés o la excitación sexual se desarrollan después de un período de funcionamiento sexual no problemático. Los cambios adaptativos y normativos en el funcionamiento sexual pueden resultar de eventos personales, interpersonales o relacionados con la pareja y pueden ser de naturaleza transitoria. Sin embargo, la persistencia de los síntomas durante aproximadamente 6 meses o más constituiría una disfunción sexual.

Hay cambios normativos en el interés sexual y la excitación a lo largo de la vida. Además, las mujeres en relaciones de mayor duración son más propensas a informar tener relaciones sexuales a pesar de no tener sentimientos evidentes de deseo sexual al comienzo de un encuentro sexual en comparación con las mujeres en relaciones de menor duración. La sequedad vaginal en mujeres mayores está relacionada con la edad y el estado menopáusico.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores temperamentales incluyen cogniciones y actitudes negativas sobre la sexualidad y antecedentes de trastornos mentales. Las diferencias en la propensión a la excitación sexual y la inhibición sexual también pueden predecir la probabilidad de desarrollar problemas sexuales.

Ambiental. Los factores ambientales incluyen dificultades en las relaciones, el funcionamiento sexual de la pareja y la historia del desarrollo, como las relaciones tempranas con los cuidadores y los factores estresantes de la infancia.

492

Genético y fisiológico. Algunas condiciones médicas (p. ej., diabetes mellitus, disfunción tiroidea) pueden ser factores de riesgo para el trastorno de excitación/interés sexual femenino. Parece haber una fuerte influencia de los factores genéticos en la vulnerabilidad a los problemas sexuales en las mujeres. Investigación psicofisiológica

El uso de fotopletismografía vaginal no ha encontrado diferencias entre mujeres con y sin percepción de falta de excitación genital.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la

cultura Existe una marcada variabilidad en las tasas de prevalencia informadas de bajo deseo en las distintas regiones del mundo, que van del 26% al 43%. Algunos grupos étnico-raciales y de inmigrantes han informado de bajos niveles de deseo sexual. Si bien los niveles más bajos de deseo y excitación sexual informados pueden reflejar un menor interés en el sexo, tales diferencias de grupo pueden ser un artefacto de las medidas utilizadas para cuantificar el deseo y de los factores culturales que afectan la respuesta, como la conveniencia de informar actividad sexual por parte de personas no casadas, menopáusicas, o mujeres viudas. Un juicio acerca de si el bajo deseo sexual informado por una mujer de un cierto trasfondo etnocultural cumple con los criterios para el trastorno de excitación/interés sexual femenino debe tener en cuenta el hecho de que los diferentes grupos culturales pueden variar en cuanto a normas y expectativas para el comportamiento sexual.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género

Por definición, el diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino sólo se da a las mujeres. Las dificultades angustiosas con el deseo sexual en los hombres se considerarían como trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino. No hay datos que muestren que las tasas o expresiones del trastorno de excitación/interés sexual femenino difieran entre mujeres heterosexuales y lesbianas.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Las

disfunciones de la excitación y la satisfacción sexual se han asociado con pensamientos suicidas entre mujeres veteranas y miembros del servicio militar, incluso después de ajustar por TEPT probable, depresión probable, antecedentes de despliegue militar, estado civil, edad, servicio en el ejército y la raza.

Consecuencias funcionales de la sexualidad femenina

Trastorno de interés/excitación

Las dificultades en el interés/excitación sexual a menudo se asocian con una disminución de la satisfacción en la relación.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Los trastornos mentales no sexuales, como el trastorno depresivo mayor, en el que hay “un interés o placer notablemente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días”, pueden explicar la falta de interés/excitación sexual. Si la falta de interés o excitación es completamente atribuible a otro trastorno mental, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno de excitación/interés sexual femenino.

Uso de sustancias/medicamentos. Un inicio de dificultades en el deseo o la excitación que coincide con el comienzo del uso de la sustancia/medicamento y que se disipa con la interrupción de la sustancia/medicamento o la reducción de la dosis sugiere una disfunción sexual inducida por la sustancia/medicamento, que debe diagnosticarse en lugar de una disfunción sexual femenina. Trastorno de interés/excitación sexual.

Otra condición médica. Si se considera que los síntomas sexuales están asociados casi exclusivamente con los efectos de otra afección médica (p. ej., diabetes mellitus,

493

enfermedad endotelial, disfunción tiroidea, enfermedad del sistema nervioso central), entonces no se haría un diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenina.

Factores interpersonales. Si los factores interpersonales o contextuales significativos, como la angustia grave en la relación, la violencia de la pareja íntima u otros factores estresantes significativos, explican los síntomas de interés/excitación sexual, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno de interés/excitación sexual femenino.

Otras disfunciones sexuales. La presencia de otra disfunción sexual no descarta un diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino. Es común que las mujeres experimenten más de una disfunción sexual. Por ejemplo, la presencia de dolor genital crónico puede conducir a una falta de deseo por la actividad sexual (dolorosa). La falta de interés y excitación durante la actividad sexual puede afectar la capacidad orgásmica. Para algunas mujeres, todos los aspectos de la respuesta sexual pueden ser insatisfactorios y angustiantes.

Estímulos sexuales inadecuados o ausentes.

Cuando se consideran diagnósticos diferenciales, es importante evaluar la idoneidad de los estímulos sexuales dentro de la experiencia sexual de la mujer. En los casos en que los estímulos sexuales inadecuados o ausentes contribuyen al cuadro clínico, puede haber evidencia para la atención clínica, pero no se haría un diagnóstico de disfunción sexual. Del mismo modo, las alteraciones transitorias y adaptativas del funcionamiento sexual secundarias a un evento vital o personal significativo deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial.

Comorbilidad La

comorbilidad entre los problemas de interés/excitación sexual y otras dificultades sexuales es extremadamente común. La angustia sexual y la insatisfacción con la vida sexual también están altamente correlacionadas en mujeres con bajo deseo sexual. El angustioso bajo deseo se asocia con depresión, problemas de tiroides, ansiedad, incontinencia urinaria y otros factores médicos. La artritis y la enfermedad del intestino irritable o inflamatoria también están asociadas con problemas de excitación sexual. El bajo deseo parece ser comórbido con la depresión, el abuso sexual y físico en la edad adulta y el consumo de alcohol.

Trastorno de penetración/dolor genito-pélvico

Criterios de diagnóstico

F52.6

- A. Dificultades persistentes o recurrentes con uno (o más) de los siguientes:
1. Penetración vaginal durante el coito.
 2. Dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el coito vaginal o intentos de penetración.
 3. Miedo o ansiedad marcados por el dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
 4. Marcada tensión o tensión de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante un mínimo duración aproximada de 6 meses.
- C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación grave (p. ej., violencia de pareja) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

494

Especificar si: De

por **vida**: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique la gravedad

actual: **Leve**: Evidencia de angustia leve sobre los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de angustia moderada por los síntomas del Criterio A.

Severo: Evidencia de angustia severa o extrema por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

El trastorno de penetración/dolor genitopélvico se refiere a cuatro dimensiones de síntomas comórbidos comunes: 1) dificultad para tener relaciones sexuales, 2) dolor genitopélvico, 3) miedo al dolor o a la penetración vaginal, y 4) tensión de los músculos del piso pélvico (Criterio A). Debido a que una gran dificultad en cualquiera de estas dimensiones de los síntomas a menudo es suficiente para causar una angustia clínicamente significativa, se puede hacer un diagnóstico sobre la base de una dificultad marcada en una sola dimensión de los síntomas. Sin embargo, las cuatro dimensiones de los síntomas

evaluado incluso si se puede hacer un diagnóstico sobre la base de una sola dimensión del síntoma.

La dificultad marcada para tener relaciones sexuales/penetración vaginal

(Criterio A1) puede variar desde una incapacidad total para experimentar la penetración vaginal en cualquier situación (p. ej., relaciones sexuales, exámenes ginecológicos, inserción de tampones) hasta la capacidad de experimentar fácilmente la penetración en una situación pero no en otra. Aunque la situación clínica más común es cuando una mujer no puede tener relaciones sexuales o penetración con su pareja, también pueden presentarse dificultades para someterse a los exámenes ginecológicos requeridos.

El dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el coito vaginal o los intentos de penetración (Criterio A2) se refiere al dolor que ocurre en diferentes lugares en el área genito-pélvica. Se debe evaluar la ubicación del dolor así como su intensidad. Por lo general, el dolor se puede caracterizar como superficial (vulvovaginal o que ocurre durante la penetración) o profundo (pélvico; es decir, no se siente hasta una penetración más profunda). La intensidad del dolor a menudo no está linealmente relacionada con la angustia o la interferencia con la penetración vaginal u otras actividades sexuales. Algunos dolores genitopélvicos sólo ocurren cuando son provocados (es decir, por coito o estimulación mecánica); otros dolores genitopélvicos pueden ser tanto espontáneos como provocados. El dolor genito-pélvico también se puede caracterizar cualitativamente (p. ej., "quemante", "cortante", "súbito", "pulsátil"). El dolor puede persistir durante un período después de que se completa el coito y también puede ocurrir durante la micción. Por lo general, el dolor experimentado durante el coito vaginal puede reproducirse durante un examen ginecológico.

Las mujeres que experimentan dolor regularmente durante la penetración vaginal suelen informar ***miedo o ansiedad marcados por el dolor vulvovaginal o pélvico, ya sea antes, durante o como resultado de la penetración vaginal*** (Criterio A3). Esta reacción “normal” puede llevar a evitar situaciones sexuales/intimas. En otros casos, este miedo acentuado no parece estar estrechamente relacionado con la experiencia del dolor pero, sin embargo, lleva a evitar situaciones de coito y penetración vaginal. Algunos han descrito esto como similar a una reacción fóbica excepto que el objeto fóbico puede ser la penetración vaginal o el miedo al dolor.

La tensión o tensión marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal (Criterio A4) puede variar desde un espasmo reflejo del suelo pélvico en respuesta al intento de penetración vaginal hasta

Protección muscular “normal/voluntaria” en respuesta a la experiencia anticipada o repetida de dolor o miedo o ansiedad. En el caso de reacciones “normales/de guardia”, la penetración puede ser posible en circunstancias de relajación. La caracterización y evaluación de la disfunción del suelo pélvico a menudo la realiza mejor un ginecólogo especialista o un fisioterapeuta del suelo pélvico.

Los síntomas de dolor genito-pélvico/trastorno de penetración pueden caracterizarse por términos anteriores, que incluyen **dispareunia** (dolor durante las relaciones sexuales) y **vaginismo** (definido por

495

contracción involuntaria de los músculos que hace dolorosa o imposible la penetración). Los trastornos médicos específicos, como la vulvodinia (dolor vulvar idiopático crónico que dura al menos 3 meses) y la vestibulodinia provocada (vulvodinia inducida por contacto localizada en el vestíbulo de la vulva), pueden ser una causa principal de dolor/trastorno de penetración genitopélvico y pueden ser un centrarse en los estudios del trastorno. Las mujeres diagnosticadas con estas otras condiciones reportan angustia significativa, y es probable que sus síntomas cumplan con los criterios para el trastorno de penetración/dolor genito-pélvico.

Funciones asociadas

El trastorno de penetración/dolor genito-pélvico se asocia con frecuencia a otras disfunciones sexuales, en particular, deseo e interés sexual reducidos (trastorno de excitación/interés sexual femenino). A veces el deseo y el interés se conservan en situaciones sexuales que no son dolorosas o que no requieren penetración. Incluso cuando las personas con dolor genito-pélvico/trastorno de penetración informan interés/motivación sexual, a menudo existe una conducta de evitación de situaciones y oportunidades sexuales. También es frecuente evitar los exámenes ginecológicos a pesar de las recomendaciones médicas. El patrón de evitación es similar al observado en los trastornos fóbicos. Es común que las mujeres que no han tenido éxito en la penetración vaginal acudan a recibir tratamiento solo cuando desean concebir.

Muchas mujeres con dolor genito-pélvico/trastorno de penetración experimentarán

relaciones asociadas/problemas maritales; también informan a menudo que los síntomas disminuyen significativamente sus sentimientos de feminidad.

Además del subtipo "adquirido/de por vida", se deben considerar cinco factores durante la evaluación y el diagnóstico del trastorno de penetración/dolor genitopélvico porque pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, Estado de salud); 2) factores de relación (p. ej., respuestas de la pareja al dolor, incluidas respuestas solícitas, negativas y facilitadoras; discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del trabajo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de manera diferente a los síntomas de presentación de diferentes mujeres con este trastorno.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del dolor genitopélvico/trastorno de penetración. Sin embargo, aproximadamente del 10% al 28% de las mujeres en edad reproductiva en los Estados Unidos reportan dolor recurrente durante el coito. Las dificultades para tener relaciones sexuales parecen ser una derivación frecuente a las clínicas de disfunción sexual y a médicos especialistas. A nivel internacional, la prevalencia del dolor genitopélvico durante las relaciones sexuales oscila entre el 8 % y el 28 % entre las mujeres en edad reproductiva y varía según el país.

La prevalencia del dolor genitopélvico durante las actividades sexuales que involucran penetración vaginal entre mujeres lesbianas en relación con mujeres heterosexuales sigue siendo incierta, pero puede ser similar o menor. Se desconocen las tasas de prevalencia entre otras minorías sexuales, incluidas las mujeres transgénero.

Desarrollo y curso

El desarrollo y curso del trastorno de penetración/dolor genito-pélvico no está claro. Debido a que las mujeres generalmente no buscan tratamiento hasta que experimentan problemas en el funcionamiento sexual, en general, puede ser difícil caracterizar el trastorno de penetración/dolor genito-pélvico como de por vida (primario) o

adquirida (secundaria). Aunque las mujeres generalmente acuden a la atención clínica después del inicio de la actividad sexual, a menudo hay signos clínicos más tempranos.

Por ejemplo, la dificultad o la evitación del uso de tampones es un predictor importante de posterior

496

problemas. Las dificultades con la penetración vaginal (incapacidad, miedo o dolor) pueden no ser obvias hasta que se intenta tener relaciones sexuales durante la actividad sexual.

Incluso una vez que se intenta tener relaciones sexuales, la frecuencia de los intentos puede no ser significativa o regular. En los casos en que es difícil establecer si la sintomatología es de por vida o adquirida, es útil determinar la presencia de cualquier período constante de relaciones sexuales satisfactorias sin dolor, miedo ni tensión. Si se puede establecer la experiencia de dicho período, entonces el trastorno de penetración/dolor genito-pélvico se puede caracterizar como adquirido.

Una vez que la sintomatología está presente por un período de aproximadamente 6 meses, la probabilidad de remisión sintomática espontánea y significativa parece disminuir.

Las quejas relacionadas con el dolor genito-pélvico alcanzan su punto máximo durante la edad adulta temprana y en el período peri y posmenopáusico. También puede haber un aumento de los síntomas relacionados con el dolor genitopélvico en el período posparto.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Las mujeres con antecedentes de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad tienen cuatro veces más probabilidades de desarrollar síntomas de dolor/trastorno de penetración genito-pélvico en comparación con aquellas sin estos trastornos anteriores. Los factores psicosociales (p. ej., catastrofización del dolor, autoeficacia del dolor, evitación del dolor, estado de ánimo negativo) y los factores interpersonales (p. ej., apego inseguro, respuestas negativas de la pareja al dolor, motivos sexuales que se centran en evitar resultados negativos en la relación) pueden exacerbar y mantener los síntomas. .

Ambiental. Las mujeres con dolor genitopélvico/trastorno de penetración tienen más probabilidades de informar antecedentes de abuso sexual y/o físico, y miedo al abuso que las mujeres sin este trastorno, aunque no todas las mujeres con síntomas de presentación tienen este historial.

Genético y fisiológico. Las mujeres que experimentan dolor superficial durante la penetración vaginal a menudo informan la aparición del dolor después de un historial de infecciones vaginales. Incluso después de que las infecciones se hayan resuelto y no haya hallazgos físicos residuales conocidos, el dolor persiste. El dolor durante la inserción de tampones o la incapacidad de insertar tampones antes de intentar cualquier contacto sexual es un factor de riesgo importante para el trastorno de penetración/dolor genito-pélvico.

Los factores de riesgo biomédicos adicionales incluyen pubertad temprana, inflamación, uso temprano de anticonceptivos orales, proliferación de receptores de dolor vulvar (es decir, aumento en el número de receptores) y sensibilización (es decir, el tacto puede percibirse como dolor), y umbrales más bajos de tacto y dolor.

Las anomalías de los músculos del suelo pélvico en reposo, incluida la hipertonicidad, el control muscular deficiente, la hipersensibilidad y la contractilidad alterada, pueden cerrar el hiato vaginal e interferir con la penetración.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los contextos culturales pueden afectar la experiencia y el informe del dolor genito-pélvico relacionado con las relaciones sexuales. Las mujeres afectadas experimentan implicaciones negativas relacionadas con las narrativas sociales de la feminidad, la sexualidad y la feminidad, incluidas las presiones para priorizar el deseo sexual de los hombres y el sexo con penetración, y las representaciones del sexo como algo fácil y natural. Los puntos de vista culturales que devalúan la experiencia sexual femenina pueden afectar la forma en que las mujeres interpretan la experiencia del dolor durante las relaciones sexuales, sus opciones de búsqueda de ayuda y cómo hablan de sus síntomas con sus cuidadores. Por ejemplo, es posible que algunas mujeres no informen dolor genito-pélvico específicamente, sino que se refieran a ser infelices en sus matrimonios.

En los Estados Unidos, las mujeres hispanas tienen tasas significativamente más altas de dolor genitopélvico y es más probable que informen dolor con la primera relación sexual (es decir, dolor primario genitopélvico/trastorno de penetración) en comparación con las mujeres no hispanas. En una encuesta de Minneapolis, Minnesota, solo alrededor de la mitad de las mujeres con dolor genitopélvico buscaron tratamiento, y las que lo hicieron informaron con frecuencia que se sentían estigmatizadas. Tales experiencias pueden ser intensificadas para

minorías sexuales y grupos étnicos y racializados desatendidos, especialmente dada la evidencia de desigualdades en el tratamiento del dolor para mujeres y afroamericanos.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género Las construcciones sociales de género relacionadas con la condición de mujer y la feminidad están implicadas en la experiencia del dolor genito-pélvico/trastorno de penetración, incluida la priorización del sexo con penetración y los deseos sexuales de los hombres por encima de las propias necesidades y deseos de las mujeres. El trastorno se asocia con sentimientos de vergüenza e insuficiencia como mujer, lo que contribuye aún más a una mayor angustia psicológica.

Por definición, el diagnóstico de dolor genito-pélvico/trastorno de penetración solo se da a las mujeres. Existe una investigación relativamente nueva sobre el síndrome de dolor pélvico crónico urológico en los hombres, lo que sugiere que los hombres pueden experimentar algunos problemas similares. Se estima que la prevalencia del dolor pélvico genito masculino es del 2,2% al 9,7% en todo el mundo. La investigación y la experiencia clínica aún no están suficientemente desarrolladas para justificar la aplicación de este diagnóstico a los varones. Se pueden diagnosticar otras disfunciones sexuales especificadas o disfunciones sexuales no especificadas en hombres que parecen ajustarse a este patrón.

Marcadores de diagnóstico

Las medidas fisiológicas validadas de los síntomas del Criterio A2 (**dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el coito vaginal o los intentos de penetración**) pueden evaluarse en tiempo real (p. ej., la prueba del hisopo, el vulvalgesiómetro, la prueba del tampón). Aunque estas medidas están bien validadas para la intensidad del dolor durante los intentos de penetración, ninguna se aproxima al contexto sexual en el que se experimenta el dolor, que solo puede evaluarse a través del autoinforme. Los síntomas del criterio A4 (**tensión marcada o endurecimiento de los músculos del piso pélvico durante el intento de penetración vaginal**) también se pueden medir (p. ej., a través de amplitud electromiográfica, dinamómetro, ultrasonido 4D realizado por un fisioterapeuta calificado). No hay medidas fisiológicas validadas de los síntomas componentes para el Criterio A1 o A3.

Se pueden utilizar inventarios psicométricos validados para evaluar formalmente los componentes de dolor y ansiedad relacionados con el dolor genito-pélvico/trastorno de penetración.

Consecuencias funcionales de Genito-Pelvic

Trastorno de dolor/penetración

Las dificultades funcionales en el trastorno de penetración/dolor genito-pélvico a menudo se asocian con la interferencia en varios aspectos de la relación romántica, incluido el inicio de tales relaciones, y, a veces, con la capacidad de concebir a través del coito peneano/vaginal.

Diagnóstico diferencial

Otra condición médica. En muchos casos, a las mujeres con dolor genito-pélvico/trastorno de penetración también se les diagnosticará otra afección médica (p. ej., liquen escleroso, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, síndrome genitourinario de la menopausia). En algunos casos, el tratamiento de la condición médica puede aliviar el trastorno de penetración/dolor genito-pélvico.

Gran parte del tiempo, este no es el caso. No existen herramientas o métodos de diagnóstico fiables que permitan a los médicos saber si la afección médica o el trastorno de penetración/dolor genitopélvico es primario. A menudo, las condiciones médicas asociadas son difíciles de diagnosticar y tratar. Por ejemplo, la mayor incidencia de dolor posmenopáusico durante las relaciones sexuales a veces puede atribuirse a la sequedad o irritación vaginal asociada con la disminución de los niveles de estrógeno. Sin embargo, la relación entre los síntomas genitales, el estrógeno y el dolor no se comprende bien.

498

Síntoma somático y trastornos relacionados. Algunas mujeres con dolor genito-pélvico/trastorno de penetración también pueden ser diagnosticadas con trastorno de síntomas somáticos. Dado que tanto el trastorno de penetración/dolor genitopélvico como el síntoma somático y los trastornos relacionados son diagnósticos nuevos en el DSM-5, aún no está claro si se pueden diferenciar de manera confiable. Algunas mujeres diagnosticadas con dolor genito-pélvico/trastorno de penetración también serán diagnosticadas con una fobia específica.

Estímulos sexuales inadecuados. Es importante que el médico, al considerar los diagnósticos diferenciales, evalúe la idoneidad de los estímulos sexuales dentro de la experiencia sexual de la mujer. Las situaciones sexuales en las que los juegos previos o la excitación son inadecuados pueden provocar dificultades en la penetración, dolor o

evitación. La disfunción erétil o la eyaculación prematura (temprana) en la pareja masculina pueden provocar dificultades con la penetración. Estas condiciones deben evaluarse cuidadosamente. En algunas situaciones, un diagnóstico de dolor genito-pélvico/trastorno de penetración puede no ser apropiado.

Comorbilidad La

comorbilidad entre dolor genito-pélvico/trastorno de penetración y otras dificultades sexuales parece ser común. La comorbilidad con la relación conflictiva también es común y generalmente se relaciona con la falta de intimidad sexual más que (únicamente) con el dolor en sí. Esto no es sorprendente, porque la incapacidad de tener relaciones sexuales (sin dolor) con una pareja deseada y la evitación de oportunidades sexuales pueden ser un factor que contribuya o el resultado de otros problemas sexuales o de relación. Debido a que los síntomas del suelo pélvico están implicados en el diagnóstico de dolor/trastorno de penetración genitopélvico, es probable que haya una mayor prevalencia de otros trastornos relacionados con el suelo pélvico o los órganos reproductivos (p. ej., cistitis intersticial, estreñimiento, infección vaginal, endometriosis, síndrome del intestino irritable).

Las mujeres con dolor genito-pélvico/trastorno de penetración frecuentemente experimentan condiciones de dolor crónico comórbidas (p. ej., fibromialgia, dolores de cabeza crónicos), y la prevalencia de estas comorbilidades aumenta con la gravedad de los síntomas de dolor vulvar.

Las mujeres lesbianas también reportan dolor genito-pélvico y dificultades de penetración durante las actividades sexuales; Se ha demostrado que la frecuencia de dolor genito-pélvico/síntomas de penetración entre mujeres no heterosexuales es menor o igual que entre mujeres heterosexuales.

Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino

Criterios de diagnóstico

F52.0

- A. Deficientes (o ausentes) pensamientos o fantasías sexuales/eróticos y deseo de actividad sexual persistente o recurrente. El juicio de deficiencia lo hace el clínico, teniendo en

- dar cuenta de factores que afectan el funcionamiento sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante un mínimo duración aproximada de 6 meses.
 - C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.
 - D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación grave u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especificar si: De

por **vida**: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

499

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad

actual: **Leve**: Evidencia de angustia leve sobre los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de angustia moderada por los síntomas del Criterio A.

Severo: Evidencia de angustia severa o extrema por los síntomas del Criterio A.

Características de diagnóstico

Cuando se realiza una evaluación del trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino, se debe tener en cuenta el contexto interpersonal. Una "discrepancia de deseo", en la que un hombre tiene un deseo menor de actividad sexual que su pareja, no es suficiente para diagnosticar el trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino.

Tanto el deseo sexual bajo/ausente como los pensamientos o fantasías sexuales deficientes/ausentes (Criterio A) son necesarios para el diagnóstico del trastorno. Puede haber variaciones entre los hombres en la forma en que se expresa el deseo sexual.

La falta de deseo sexual y los pensamientos o fantasías eróticas deficientes/ausentes deben ser persistentes o recurrentes y deben tener una duración mínima de aproximadamente 6 meses. La inclusión de este criterio de duración pretende evitar que se haga un diagnóstico en casos en los que el bajo deseo sexual de un hombre puede representar una respuesta reactiva pero temporal a condiciones de vida adversas. Por ejemplo, el bajo deseo sexual del hombre puede estar relacionado con un factor estresante agudo o la pérdida de autoestima (p. ej., ser despedido de un trabajo o experimentar dificultades financieras, como la quiebra de un negocio). Si estos factores estresantes persisten más de 6 meses junto con un bajo deseo sexual, entonces el juicio clínico determina la idoneidad del diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino.

Funciones asociadas

El trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino a veces se asocia con problemas de erección y/o eyaculación. Por ejemplo, las dificultades persistentes para lograr una erección pueden hacer que un hombre pierda interés en la actividad sexual. Los hombres con trastorno del deseo sexual hipoactivo a menudo informan que ya no inician la actividad sexual y que son mínimamente receptivos a los intentos de iniciación de su pareja. Las actividades sexuales (p. ej., masturbación o actividad sexual en pareja) a veces pueden ocurrir incluso en presencia de un bajo deseo sexual.

Las preferencias específicas de la relación con respecto a los patrones de iniciación sexual deben tenerse en cuenta al hacer un diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino. Aunque es más probable que los hombres inicien la actividad sexual y, por lo tanto, el bajo deseo puede caracterizarse por un patrón de no iniciación, muchos hombres pueden preferir que su pareja inicie la actividad sexual. En tales situaciones, se debe considerar la falta de receptividad del hombre a la iniciación de una pareja al evaluar el bajo deseo.

En ¹² Además de los 3 subtipos "de por vida/adquirido" y "generalizado/situacional", se deben considerar los siguientes cinco factores durante la evaluación y el diagnóstico del trastorno del deseo sexual masculino hipoactivo dado que pueden ser relevantes para la etiología y/o el tratamiento: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del trabajo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de manera diferente a los síntomas de presentación de diferentes hombres con este trastorno.

Predominio

La prevalencia del trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino varía según el país de origen y el método de evaluación. Estimaciones de prevalencia en rango de muestras representativas

500

del 3% al 17%. Los problemas de deseo sexual son menos comunes en los hombres jóvenes (entre 16 y 24 años), con tasas de prevalencia entre el 3 % y el 14 %, en comparación con los hombres mayores (entre 60 y 74 años), con tasas de prevalencia entre el 16 % y el 28 %. Sin embargo, una falta de interés sexual persistente, con una duración de 6 meses o más, afecta a una proporción menor de hombres (6%). Además, menos del 2% de los hombres reportan angustia clínicamente significativa asociada con poco deseo. Los estudios sobre el comportamiento de búsqueda de ayuda indican que solo el 10,5% de los hombres con problemas sexuales en el año anterior buscaron ayuda.

Desarrollo y curso

Por definición, el trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino de por vida indica que siempre ha estado presente un deseo sexual bajo o nulo, mientras que el subtipo adquirido se asignaría si el deseo sexual bajo del hombre se desarrolló después de un período de deseo sexual normal. Existe el requisito de que persista el bajo deseo de

aproximadamente 6 meses o más; por lo tanto, los cambios a corto plazo en el deseo sexual no deben diagnosticarse como trastorno del deseo sexual masculino hipoactivo.

Hay una disminución normativa relacionada con la edad en el deseo sexual. La prevalencia de bajo deseo sexual en los hombres aumenta con la edad, desde aproximadamente un 5,2 % de prevalencia a los 27 años hasta un 18,5 % a los 50 años. Al igual que las mujeres, los hombres identifican una variedad de desencadenantes de su deseo sexual y describen una amplia gama de razones por las que eligen participar en la actividad sexual. Aunque las señales visuales eróticas pueden ser más potentes inductores del deseo en los hombres más jóvenes, la potencia de las señales sexuales puede disminuir con la edad y deben tenerse en cuenta al evaluar a los hombres para el trastorno del deseo sexual hipoactivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los síntomas del estado de ánimo y la ansiedad parecen ser fuertes predictores de poco deseo en los hombres. Hasta la mitad de los hombres con antecedentes de síntomas psiquiátricos pueden tener una pérdida del deseo moderada o grave, en comparación con solo el 15 % de los que no tienen dicho historial. Los sentimientos de un hombre sobre sí mismo, su percepción del deseo sexual de su pareja hacia él, los sentimientos de estar conectado emocionalmente y las variables contextuales pueden afectar negativamente (así como positivamente) el deseo sexual.

Las creencias sobre la sexualidad (particularmente las actitudes sexuales restrictivas y las creencias conservadoras) se asocian comúnmente con un bajo deseo sexual en los hombres. Además, la falta de pensamientos eróticos y la preocupación por la erección durante la actividad sexual son predictores significativos de bajo deseo sexual, así como bajos niveles de confianza en la función eréctil.

Ambiental. El consumo de alcohol puede aumentar la aparición de bajo deseo. Otros determinantes ambientales del bajo deseo sexual incluyen relaciones diádicas problemáticas, atracción reducida hacia la pareja, vivir en una relación a largo plazo, aburrimiento sexual y estrés profesional. A un nivel social más amplio, los estudios de cohortes en unos pocos países de altos ingresos indican una tendencia hacia la disminución del deseo sexual en los hombres en las últimas décadas.

Genético y fisiológico. Los trastornos endocrinos como la hiperprolactinemia y el hipogonadismo afectan significativamente el deseo sexual en los hombres. La edad es un factor de riesgo significativo para el bajo deseo en los hombres. No está claro si los hombres con poco deseo también tienen niveles anormalmente bajos de testosterona;

sin embargo, entre los hombres hipogonadales, es común el bajo deseo. También puede haber un umbral crítico por debajo del cual la testosterona afectará el deseo sexual en los hombres y por encima del cual hay poco efecto de la testosterona en el deseo de los hombres.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Existe una marcada variabilidad en las tasas de prevalencia de poco deseo en las regiones del mundo, que van desde el 12,5% en hombres del norte de Europa hasta el 28% en hombres del sudeste asiático de 40 a 80 años. La angustia por la falta de deseo sexual se asoció significativamente con contextos socioculturales (p. ej., estrés laboral) en una encuesta basada en la web en tres países europeos (Portugal, Croacia y Noruega).

501

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

En contraste con la clasificación de las disfunciones sexuales en las mujeres, los trastornos del deseo y la excitación se han mantenido como constructos separados en los hombres. A pesar de algunas similitudes en la experiencia del deseo entre hombres y mujeres, y el hecho de que el deseo fluctúa con el tiempo y depende de factores contextuales, los hombres reportan una intensidad y frecuencia de deseo sexual significativamente más altas en comparación con las mujeres. Sin embargo, los datos preliminares sugieren que la superposición entre el deseo sexual y la excitación sexual (función erétil) también es muy común en los hombres, particularmente cuando solicitan ayuda con respecto a problemas sexuales. Con respecto a la orientación sexual, los datos sugieren que los hombres homosexuales (19 %) reportan con mayor frecuencia un bajo deseo sexual que los hombres heterosexuales (9 %).

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Los trastornos mentales no sexuales, como el trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por una “disminución notable del interés o el placer en todas o casi todas las actividades”, pueden explicar la falta de deseo sexual. Si la falta de deseo se explica mejor por otro trastorno mental, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino.

Uso de sustancias/medicamentos.

Un inicio de deseo sexual masculino hipoactivo que coincide con el comienzo del uso de la sustancia/medicamento y que se disipa con la interrupción de la sustancia/medicamento o la reducción de la dosis sugiere una disfunción sexual inducida por la sustancia/medicamento, que debe diagnosticarse en lugar de hipoactividad masculina. trastorno del deseo sexual.

Otra condición médica. Si el deseo bajo/ausente y los pensamientos o fantasías eróticas deficientes/ausentes se explican mejor por los efectos de otra afección médica (p. ej., hipogonadismo, diabetes mellitus, disfunción tiroidea, enfermedad del sistema nervioso central), entonces un diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino no se realizaría.

Factores interpersonales. Si los factores interpersonales o contextuales significativos, como la angustia grave de la relación u otros factores estresantes significativos, se asocian con la pérdida del deseo en el hombre, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino.

Otras disfunciones sexuales. La presencia de otra disfunción sexual no descarta el diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino; hay alguna evidencia de que hasta la mitad de los hombres con poco deseo sexual también tienen dificultades de erección, y un poco menos también pueden tener dificultades de eyaculación precoz. Si el bajo deseo del hombre se explica por la autoidentificación como asexual, entonces no se hace un diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino.

Comorbilidad El

trastorno del deseo sexual masculino hipoactivo rara vez es el único diagnóstico sexual en los hombres. La disfunción erétil, la eyaculación retardada y la eyaculación precoz (temprana) suelen ser diagnósticos comórbidos. La depresión y otros trastornos mentales, así como los factores endocrinológicos, a menudo son comórbidos con el trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino.

Eyaculación precoz (temprana)

Criterios de diagnóstico

F52.4

- A. Un patrón persistente o recurrente de eyaculación que ocurre durante la actividad sexual en pareja dentro de aproximadamente 1 minuto después de la penetración vaginal y antes de que el individuo lo desee.

502

Nota: Aunque el diagnóstico de eyaculación precoz (temprana) se puede aplicar a personas que realizan actividades sexuales no vaginales, no se han establecido criterios de duración específicos para estas actividades.

- B. El síntoma del Criterio A debe haber estado presente durante al menos 6 meses y debe experimentarse en casi todas o todas (aproximadamente 75%–100%) ocasiones de actividad sexual (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos).
- C. El síntoma del Criterio A causa malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación grave u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especificar si: De

por **vida**: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Eyaculación que ocurre aproximadamente entre 30 segundos y 1 minuto después de la penetración vaginal.

Moderado: la eyaculación se produce aproximadamente entre 15 y 30 segundos después de la penetración vaginal.

Severo: Eyaculación que ocurre antes de la actividad sexual, al comienzo de la actividad sexual o dentro de aproximadamente 15 segundos de la penetración vaginal.

Características diagnósticas

La eyaculación precoz (temprana) se manifiesta por la eyaculación que ocurre antes o poco después de la penetración vaginal, operacionalizada por la estimación individual de la latencia eyacularia (es decir, el tiempo transcurrido antes de la eyaculación) después de la penetración vaginal. Aunque los criterios de diagnóstico especifican sexo pene-vaginal, es razonable suponer que estimaciones similares de latencia eyacularia se aplican a hombres que tienen sexo con hombres, así como a otros comportamientos sexuales. Las latencias eyacularias intravaginales estimadas y medidas están altamente correlacionadas siempre que la latencia eyacularia sea de corta duración; por lo tanto, las estimaciones autoinformadas de la latencia eyacularia son suficientes para fines de diagnóstico. Anteriormente, se consideraba que un tiempo de latencia eyacularia intravaginal de 60 segundos era un límite apropiado para el diagnóstico de eyaculación prematura (temprana) de por vida en hombres; sin embargo, el consenso de expertos ahora considera que este tiempo de latencia es demasiado breve y, en cambio, recomienda un umbral de 120 segundos.

Funciones asociadas

Muchos hombres con eyaculación precoz (precoz) se quejan de una sensación de falta de control sobre la eyaculación e informan aprensión sobre su incapacidad anticipada para retrasar la eyaculación en futuros encuentros sexuales.

Los siguientes factores pueden ser relevantes en la evaluación de cualquier disfunción sexual: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) y factores estresantes (p. ej., pérdida del trabajo, duelo); 4)

factores culturales/religiosos (p. ej., falta de privacidad, inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento.

503

Predominio

Las estimaciones de la prevalencia de la eyaculación precoz (temprana) varían ampliamente según la definición utilizada. A nivel internacional, se ha informado un rango de prevalencia de 8% a 30% en todas las edades, con tasas aún más bajas y más altas en otros estudios. La prevalencia de la eyaculación precoz (temprana) puede aumentar con la edad. Por ejemplo, la prevalencia entre los hombres de 18 a 30 años en Suiza y Turquía es de alrededor del 9 % al 11 %, mientras que la prevalencia informada de preocupación entre los hombres de 50 a 59 años en los Estados Unidos acerca de la rapidez con la que eyaculan puede llegar al 55 %. Cuando la eyaculación prematura (temprana) se define como la eyaculación que ocurre dentro de aproximadamente 1 minuto de la penetración vaginal, solo entre el 1% y el 3% de los hombres serían diagnosticados con el trastorno.

Desarrollo y curso

Por definición, la eyaculación prematura (temprana) de por vida comienza durante las experiencias sexuales iniciales de un hombre y persiste a partir de entonces. Algunos hombres pueden experimentar eyaculación prematura (temprana) durante sus encuentros sexuales iniciales, pero logran controlar la eyaculación con el tiempo. Es la persistencia de problemas de eyaculación por más de 6 meses lo que determina el diagnóstico de eyaculación precoz. Por el contrario, algunos hombres desarrollan el trastorno después de un período de latencia eyacularia normal, lo que se conoce como **eyaculación precoz (temprana) adquirida**. Se sabe mucho menos sobre la eyaculación precoz (temprana) adquirida que sobre la eyaculación precoz (temprana) de por vida. Es probable que la forma adquirida tenga un inicio más tardío, y por lo general aparece durante o después de la cuarta década de la vida. Lifelong es relativamente estable durante toda la vida.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental.

La eyaculación precoz (temprana) puede ser más común en hombres con trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social.

Genético y fisiológico. Hay una contribución genética moderada a la eyaculación prematura (temprana) de por vida. La eyaculación precoz (temprana) puede estar asociada con el polimorfismo del gen transportador de dopamina o el polimorfismo del gen transportador de serotonina. La enfermedad de la tiroides, la prostatitis y la abstinencia de drogas están asociadas con la eyaculación precoz (temprana) adquirida.

Las medidas de tomografía por emisión de positrones del flujo sanguíneo cerebral regional durante la eyaculación han mostrado una activación primaria en la zona de transición mesocefálica, incluida el área tegmental ventral.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La percepción de lo que constituye una latencia eyacularia normal difiere de una cultura a otra y puede estar relacionada con una conciencia variable sobre la disfunción sexual, la preocupación por el fracaso sexual y las percepciones sobre la importancia del sexo.

Las latencias eyacularias medidas pueden diferir en algunos países. Los factores culturales o religiosos pueden contribuir a estas diferencias. Por ejemplo, los informes de eyaculación precoz (temprana) fueron más comunes en los matrimonios concertados, debido a factores como la ansiedad por las presiones familiares y la falta de experiencia sexual prematrimonial.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

La eyaculación precoz (temprana) es una disfunción sexual en los hombres. Los hombres y sus parejas sexuales pueden diferir en su percepción de lo que constituye una latencia eyacularia aceptable. Puede haber una preocupación cada vez mayor en las mujeres acerca de la eyaculación precoz en sus parejas sexuales, lo que puede ser un reflejo de las actitudes sociales cambiantes con respecto a la actividad sexual de las mujeres.

Marcadores de diagnóstico

La latencia eyacularia generalmente es monitoreada en entornos de investigación por la pareja sexual utilizando un dispositivo de cronometraje (p. ej., un cronómetro), aunque esto no es ideal en situaciones sexuales de la vida real. En entornos clínicos, la estimación del hombre del tiempo

debe aceptarse la diferencia entre la penetración intravaginal y la eyaculación en lugar de las mediciones del cronómetro.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Entre los hombres que reciben tratamiento para la eyaculación precoz (temprana) con depresión comórbida, se han observado índices elevados de pensamientos o comportamientos suicidas; aunque los hombres afectados atribuyeron los síntomas suicidas a su eyaculación prematura (temprana), la presencia de depresión también fue probablemente un factor contribuyente.

Consecuencias funcionales del prematuro (temprano)

Eyaculación

Un patrón de eyaculación precoz (temprana) puede estar asociado con una disminución de la autoestima y la confianza en sí mismo, una sensación de falta de control y consecuencias adversas para las relaciones de pareja. También puede causar angustia personal y disminución de la satisfacción sexual en la pareja sexual. A los hombres solteros les molesta más que a los hombres en pareja la eyaculación precoz (temprana) debido a su interferencia con la búsqueda y el mantenimiento de nuevas relaciones. La eyaculación previa a la penetración puede estar asociada con dificultades en la concepción.

Diagnóstico diferencial

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.

Cuando los problemas con la

eyaculación precoz (temprana) son atribuibles exclusivamente al uso de sustancias, intoxicación o abstinencia, se debe diagnosticar la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.

Preocupaciones eyaculatorias que no cumplen con los criterios de diagnóstico.

Es necesario identificar a los hombres con latencias eyaculatorias normales que desean latencias eyaculatorias más largas y a los hombres que tienen eyaculación prematura episódica (temprana) (p. ej., durante el primer encuentro sexual con una nueva pareja cuando una latencia eyaculatoria corta puede ser común o normativa). Ninguna de estas situaciones conduciría a un diagnóstico de eyaculación precoz (temprana), aunque estas situaciones pueden ser angustiosas para algunos hombres.

Comorbilidad La

eyaculación precoz (temprana) puede estar asociada con problemas de erección. En muchos casos, puede ser difícil determinar qué dificultad precedió a la otra. La eyaculación prematura (temprana) de por vida puede estar asociada con ciertos trastornos de ansiedad. La eyaculación precoz (temprana) adquirida puede estar asociada con prostatitis, enfermedad tiroidea o abstinencia de drogas (p. ej., durante la abstinencia de opiáceos).

Sexo inducido por sustancias/medicamentos Disfunción

Criterios de diagnóstico

- A. Una alteración clínicamente significativa en la función sexual es predominante en el cuadro clínico.
- B. Hay evidencia de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2):

505

- 1. Los síntomas del Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento.
- 2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C. La alteración no se explica mejor por una disfunción sexual que no es inducida por sustancias/medicamentos. Dicha evidencia de una disfunción sexual independiente podría incluir lo siguiente: Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después de la

cese de abstinencia aguda o intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de una disfunción sexual independiente no inducida por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo en el individual.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para las disfunciones sexuales inducidas por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con la disfunción sexual inducida por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1" y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes de la disfunción sexual inducida por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de sustancias"). trastorno por consumo de cocaína con disfunción sexual inducida por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con la disfunción sexual inducida por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]". dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después de un uso intensivo de la sustancia por única vez), entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo la disfunción sexual inducida por la sustancia.

CIE-10-CM

	Con trastorno por consumo leve	con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Alcohol	F10.181	F10.281	F10.981
opioide	F11.181	F11.281	F11.981
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.181	F13.281	F13.981
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaína	F14.181	F14.281	F14.981
Otra sustancia (o desconocida)	F19.181	F19.281	F19.981

506

Especifique (vea la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia dada; o **especifique** “con inicio después del uso del medicamento ”): **Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de la medicación: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la suspensión de la medicación.

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** Ocurre en 25% a 50% de las ocasiones de actividad sexual.

Moderado: Ocurre en 50% a 75% de las ocasiones de actividad sexual.

Severo: Ocurre en el 75% o más de las ocasiones de actividad sexual.

Procedimientos de registro El

nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se supone que está causando la disfunción sexual. El código ICD-10-CM que corresponde a la clase de fármaco aplicable se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios.

Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), se debe usar el código ICD-10-CM para la otra clase de sustancia (o la desconocida) y se debe registrar el nombre de la sustancia específica (p. ej., F19.981). disfunción sexual inducida por fluoxetina). En los casos en los que se considera que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la sustancia específica, se utiliza el código ICD-10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida) y se registra el hecho de que la sustancia es desconocida (p. ej. , F19.981 disfunción sexual inducida por sustancia desconocida).

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno por uso de sustancias comórbido (si lo hay) se enumera primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, con inicio después del uso del medicamento), seguido del especificador de gravedad (p. ej., leve, moderado, grave). Por ejemplo, en el caso de disfunción eréctil que ocurre durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.281 trastorno grave por consumo de alcohol con disfunción sexual inducida por el alcohol, de inicio durante la intoxicación, moderado. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno por consumo de alcohol grave comórbido. Si la disfunción sexual inducida por sustancias se produce sin un trastorno por consumo de sustancias comórbido (p. ej., después de un consumo intenso único de la sustancia), no se observa ningún trastorno por consumo de sustancias acompañante (p. ej., F15.981 disfunción sexual inducida por anfetaminas, con inicio durante la intoxicación). Cuando se juzga que más de una sustancia juega un papel importante en el desarrollo de la disfunción sexual, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F14.181 trastorno leve por consumo de cocaína con disfunción sexual inducida por cocaína, con inicio durante la intoxicación, moderado; F19 .981 disfunción sexual inducida por fluoxetina, con inicio después del uso de medicamentos, moderada).

Características de diagnóstico

Las características esenciales de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos son alteraciones clínicamente significativas de la función sexual que predominan en el cuadro clínico (Criterio A) y que se considera que se deben a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso o una medicación).). La disfunción sexual debe haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o abstinencia de un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (Criterio B2). Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito para un

507

trastorno mental u otra condición médica debe comenzar mientras el individuo está recibiendo el medicamento (o durante la abstinencia, si la abstinencia está asociada con el medicamento). Una vez que se interrumpe el tratamiento, la disfunción sexual generalmente mejorará o remitirá en días a varias semanas (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y la presencia de abstinencia). No se debe dar el diagnóstico de disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos si el inicio de la disfunción sexual precede a la intoxicación o abstinencia de la sustancia/medicamento, o si los síntomas persisten durante un período de tiempo considerable (es decir, generalmente más de 1 mes). desde el momento de la intoxicación severa o abstinencia.

Funciones asociadas

Las disfunciones sexuales pueden ocurrir en asociación con la intoxicación con las siguientes clases de sustancias: alcohol; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); y otras sustancias (o desconocidas). Las disfunciones sexuales pueden ocurrir en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y otras sustancias (o desconocidas). Los medicamentos que pueden inducir disfunciones sexuales incluyen antidepresivos, antipsicóticos y anticonceptivos hormonales.

El efecto secundario más común de los medicamentos antidepresivos es la dificultad con el orgasmo o la eyaculación en los hombres y con la excitación en las mujeres.

Los problemas de deseo y erección son menos frecuentes. Existe evidencia de que los efectos de los medicamentos antidepresivos sobre la disfunción sexual ocurren independientemente de los niveles de depresión. Aproximadamente el 30% de las quejas sexuales son clínicamente significativas. Ciertos agentes (es decir, bupropión, mirtazapina, nefazodona y vilazodona) parecen tener tasas más bajas de efectos secundarios sexuales que otros antidepresivos.

Los problemas sexuales asociados con los fármacos antipsicóticos, incluidos los problemas con el deseo sexual, la erección, la lubricación, la eyaculación o el orgasmo, han ocurrido tanto con agentes típicos como atípicos. Sin embargo, los problemas son menos comunes con los antipsicóticos ahorreadores de prolactina o aquellos que no bloquean los receptores de dopamina.

Aunque los efectos de los estabilizadores del estado de ánimo sobre la función sexual no están claros, es posible que el litio y los anticonvulsivos, con la posible excepción de la lamotrigina, tengan efectos adversos sobre el deseo sexual. Pueden ocurrir problemas con el orgasmo con la gabapentina. Del mismo modo, puede haber una mayor prevalencia de problemas de erección y orgasmos asociados con las benzodiazepinas. No ha habido tales informes con buspirona.

Muchos medicamentos no psiquiátricos, como los agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinales y hormonales, están asociados con alteraciones en la función sexual. El uso de inhibidores de la 5- β -reductasa (p. ej., dutasterida, finasterida) puede reducir la función eréctil, la función eyacularia y la libido en hombres.

El uso de sustancias ilícitas se asocia con disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y dificultad para alcanzar el orgasmo. Las disfunciones sexuales también se observan en personas que reciben metadona, pero las personas que reciben buprenorfina rara vez las informan. La nicotina crónica o el abuso crónico de alcohol están asociados con problemas de erección. El cannabis, al igual que el alcohol, es un depresor del sistema nervioso central, y su consumo puede ser un factor de riesgo de disfunción sexual; sin embargo, también se ha sugerido que mejora potencialmente la satisfacción con el orgasmo.

Predominio

La prevalencia y la incidencia de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos no están claras, probablemente debido a la falta de notificación de los efectos secundarios sexuales emergentes del tratamiento. Datos sobre relaciones sexuales inducidas por sustancias/medicamentos

la disfunción generalmente se relaciona con los efectos de los medicamentos antidepresivos. La prevalencia de disfunción sexual inducida por antidepresivos varía en parte dependiendo del agente específico. Aproximadamente del 25% al 80% de las personas que toman inhibidores de la monoaminooxidasa, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos serotoninérgicos y antidepresivos serotoninérgicos-adrenérgicos combinados informan efectos secundarios sexuales. Allí

508

Existen diferencias en la incidencia de efectos secundarios sexuales entre algunos antidepresivos serotoninérgicos y adrenérgicos-serotoninérgicos combinados, con medicamentos como citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina que tienen las tasas más altas de disfunción sexual.

Aproximadamente el 50% de las personas que toman medicamentos antipsicóticos experimentarán efectos secundarios sexuales adversos, incluidos problemas con el deseo sexual, la erección, la lubricación, la eyaculación o el orgasmo. La incidencia de estos efectos secundarios entre diferentes agentes antipsicóticos no está clara.

Se desconoce la prevalencia e incidencia exactas de las disfunciones sexuales entre los usuarios de medicamentos no psiquiátricos, como agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinales y hormonales. Se han informado tasas elevadas de disfunción sexual con dosis altas de opioides para el dolor. Hay mayores tasas de disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y dificultad para alcanzar el orgasmo asociado con el uso de sustancias ilícitas. La prevalencia de problemas sexuales parece estar relacionada con el abuso crónico de drogas y es mayor en las personas que abusan de la heroína (aproximadamente 60%-70%) que en las personas que abusan de sustancias de tipo anfetamínico o 3,4-metilendioximetanfetamina (es decir, MDMA, éxtasis). También se observan tasas elevadas de disfunción sexual en personas que reciben metadona, pero las personas que reciben buprenorfina rara vez las informan. El abuso crónico de alcohol y el abuso crónico de nicotina están relacionados con tasas más altas de problemas de erección.

Desarrollo y curso El inicio de la

disfunción sexual inducida por antidepresivos puede ser tan pronto como 8 días después de la primera toma del agente. Aproximadamente el 30% de las personas con

el retraso del orgasmo de leve a moderado experimentará una remisión espontánea de la disfunción dentro de los 6 meses. En algunos casos, la disfunción sexual inducida por inhibidores de la recaptación de serotonina puede persistir después de suspender el agente. Se desconoce el tiempo de aparición de la disfunción sexual después del inicio de fármacos antipsicóticos o drogas de abuso. Es probable que los efectos adversos de la nicotina y el alcohol no aparezcan hasta después de años de uso. La eyaculación precoz (temprana) a veces puede ocurrir después de dejar de usar opioides. Existe alguna evidencia de que los trastornos en la función sexual relacionados con el uso de sustancias/medicamentos aumentan con la edad.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Puede haber una interacción entre los factores culturales, la influencia de los medicamentos en el funcionamiento sexual y la respuesta del individuo a esos cambios.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Pueden existir algunas diferencias de género en los efectos secundarios sexuales de las sustancias y los medicamentos, de modo que los hombres pueden informar con mayor frecuencia alteraciones del deseo y el orgasmo después del uso de antidepresivos, y las mujeres pueden informar con mayor frecuencia dificultades con la excitación sexual.

Consecuencias funcionales de la disfunción sexual inducida por sustancias/

medicamentos La **disfunción sexual** inducida por medicamentos puede provocar el incumplimiento de la medicación, como suspender los medicamentos o usarlos de forma irregular, lo que podría contribuir a la falta de eficacia de los antidepresivos.

Diagnóstico diferencial

Disfunciones sexuales no inducidas por sustancias/medicamentos

Muchos trastornos, como los trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y psicóticos, se asocian con alteraciones de la función sexual. Por lo tanto, diferenciar una relación sexual inducida por sustancia/medicamento

la disfunción de una manifestación del trastorno mental subyacente puede ser bastante difícil. El diagnóstico suele establecerse si se observa una estrecha relación entre el inicio o la suspensión de la sustancia/medicamento. Se puede establecer un diagnóstico claro si el problema ocurre después del inicio de la sustancia/medicamento, se disipa con la interrupción de la sustancia/medicamento y reaparece con la introducción del mismo agente. La mayoría de los efectos secundarios inducidos por sustancias/medicamentos ocurren poco después del inicio o la suspensión. Los efectos secundarios sexuales que solo ocurren después del uso crónico de una sustancia/medicamento pueden ser extremadamente difíciles de diagnosticar.

Otra disfunción sexual especificada

F52.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de una disfunción sexual que causan un malestar clínicamente significativo en el individuo, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de disfunciones sexuales. La categoría de otra disfunción sexual especificada se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ninguna disfunción sexual específica. Esto se hace registrando “otra disfunción sexual especificada” seguida de la razón específica (p. ej., “aversión sexual”).

Disfunción sexual no especificada

F52.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de una disfunción sexual que causan un malestar clínicamente significativo en el individuo, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de las disfunciones sexuales.

clase diagnóstica. La categoría de disfunción sexual no especificada se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para una disfunción sexual específica e incluye presentaciones para las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Disforia de género

En este capítulo, hay un diagnóstico general de disforia de género, con conjuntos de criterios separados apropiados para el desarrollo de niños y adolescentes y adultos. El área de sexo y género es muy controvertida y ha dado lugar a una proliferación de términos cuyos significados varían con el tiempo y dentro y entre disciplinas. Una fuente adicional de confusión es que en inglés “sex” connota tanto masculino/femenino como sexualidad.

Este capítulo emplea constructos y términos que son ampliamente utilizados por médicos de varias disciplinas con especialización en el tratamiento de la disforia de género. En este capítulo, **sexo** y **sexual** se refieren a los indicadores biológicos masculinos y femeninos (entendidos en el contexto de la capacidad reproductiva), tales como los cromosomas sexuales, las gónadas, las hormonas sexuales y los genitales internos y externos no ambiguos. Los trastornos del desarrollo sexual o las diferencias del desarrollo sexual (DSD) incluían los términos históricos **hermafroditismo** y **pseudohermafroditismo**. Los DSD incluyen condiciones intersexuales somáticas como el desarrollo congénito de genitales ambiguos (p. ej., clitoromegalia, micropene), disyunción congénita de la anatomía sexual interna y externa (p. ej., síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos), desarrollo incompleto de la anatomía sexual (p. ej., agenesia gonadal), disyunción sexual anomalías cromosómicas (p. ej., síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter) o trastornos del desarrollo gonadal (p. ej., ovotestículos).

El género se utiliza para denotar el rol público, sociocultural (y generalmente legalmente reconocido) vivido como niño o niña, hombre o mujer, u otro género. Se considera que los factores biológicos contribuyen, en interacción con los factores sociales y psicológicos, al desarrollo del género. **La asignación de género** se refiere a la asignación como hombre o mujer. Esto ocurre generalmente al nacer en función del sexo fenotípico y, por lo tanto, produce el **género asignado al nacer**, históricamente denominado "sexo biológico" o, más recientemente, "género natal". **El sexo asignado al nacer** a menudo se usa indistintamente con el género asignado al nacer. Él

Los términos **sexo asignado** y **género asignado** abarcan el sexo/género asignado al nacer, pero también incluyen las asignaciones de género/sexo y las reasignaciones realizadas después del nacimiento pero durante la infancia o la primera infancia, generalmente en el caso de condiciones intersexuales. **Género atípico** se refiere a características somáticas o comportamientos que no son típicos (en un sentido estadístico) de individuos con el mismo género asignado en una determinada sociedad y era histórica; **género no conforme**, **variante de género** y **género diverso** son términos alternativos no diagnósticos. **La reasignación de género** denota un cambio oficial (ya veces legal) de género. **Los tratamientos de afirmación de género** son procedimientos médicos (hormonales o cirugías o ambos) que tienen como objetivo alinear las características físicas de un individuo con su **género experimentado**. **La identidad de género** es una categoría de identidad social y se refiere a la identificación de un individuo como hombre, mujer, alguna categoría intermedia (es decir, **género fluido**) o una categoría distinta de hombre o mujer (es decir, **género neutral**). Ha habido una proliferación de identidades de género en los últimos años. **La disforia de género** como término descriptivo general se refiere a la angustia que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género asignado. Sin embargo, se define más específicamente cuando se usa como una categoría de diagnóstico. No se refiere a la angustia relacionada con el estigma, una fuente distinta aunque posiblemente coexistente de angustia. **Transgénero** se refiere al amplio espectro de personas cuya identidad de género es diferente de su género asignado al nacer. **Cisgénero** describe a individuos cuya expresión de género es congruente con su género asignado al nacer (también **no transgénero**). **Transexual**, un término histórico, denota a un individuo que busca, está experimentando,

512

o ha pasado por una transición social de hombre a mujer o de mujer a hombre, que en muchos casos, pero no en todos, también implica una transición somática mediante un tratamiento hormonal de afirmación de género y cirugía genital, mamaria u otra cirugía de afirmación de género (históricamente conocida como **cirugía de reasignación de sexo**).

Aunque no todas las personas experimentarán angustia por la incongruencia, muchas se angustian si no están disponibles las intervenciones físicas deseadas que usan hormonas y/o cirugía. El término actual es más descriptivo que

el término DSM-IV anterior trastorno de **identidad de género** y se centra en la disforia como problema clínico, no en la identidad per se.

Disforia de género

Criterios de diagnóstico

Disforia de género en niños

F64.2

- A. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado de uno y el género asignado, de al menos 6 meses de duración, manifestada por al menos seis de los siguientes (uno de los cuales debe ser el Criterio A1):
1. Un fuerte deseo de ser de el otro género o una insistencia en que uno es del otro género (o algún género alternativo diferente del género asignado).
 2. En los niños (género asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o simular el atuendo femenino; o en las niñas (género asignado), una fuerte preferencia por vestir sólo ropa típica masculina y una fuerte resistencia a llevar ropa típica femenina.
 3. Una fuerte preferencia por los roles de género cruzado en el juego de simulación o el juego de fantasía.
 4. Una fuerte preferencia por los juguetes, juegos o actividades estereotípicamente usados o realizados por el otro género.
 5. Una fuerte preferencia por compañeros de juego del otro género.
 6. En los niños (género asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos y una fuerte evitación de los juegos bruscos; o en las niñas (género asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
 7. Un fuerte disgusto por la propia anatomía sexual.

8. Un fuerte deseo por las características sexuales primarias y/o secundarias que coinciden con el género experimentado.
- B. La condición está asociada con malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar u otras áreas importantes de funcionamiento.

Especificar

si: **Con un trastorno/diferencia del desarrollo sexual** (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como E25.0 hiperplasia suprarrenal congénita o E34.50 síndrome de insensibilidad a los andrógenos).

Nota de codificación: codifique el trastorno/diferencia del desarrollo sexual, así como la disforia de género.

Disforia de género en adolescentes y adultos

F64.0

- A. Una marcada incongruencia entre la propia género experimentado/expresado y género asignado, de al menos 6 meses de duración, manifestado por al menos dos de los siguientes:
1. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/ expresado y las características sexuales primarias y/o secundarias (o en adolescentes jóvenes, las características sexuales secundarias anticipadas).
 2. Un fuerte deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias debido a una marcada incongruencia con el género experimentado/expresado (o en adolescentes jóvenes, un deseo de prevenir el desarrollo de las características sexuales secundarias anticipadas).
 3. Un fuerte deseo por el sexo primario y/o secundario características del otro género.

513

4. Un fuerte deseo de ser del otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).
 5. Un fuerte deseo de ser tratado como el otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).
 6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).
- B. La condición está asociada con malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.

Especificación

si: **Con un trastorno/diferencia del desarrollo sexual** (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como E25.0 hiperplasia suprarrenal congénita o E34.50 síndrome de insensibilidad a los andrógenos).

Nota de codificación: codifique el trastorno/diferencia del desarrollo sexual, así como la disforia de género.

Especificación si:

Posterior a la transición : el individuo ha hecho la transición para vivir a tiempo completo en el género experimentado (con o sin la legalización del cambio de género) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) al menos a un procedimiento médico o régimen de tratamiento de afirmación de género, a saber, género regular. -tratamiento hormonal reafirmante o cirugía de reasignación de género que confirme el género experimentado (p. ej., cirugía de aumento de senos y/o vulvovaginoplastia en un individuo asignado como varón al nacer; cirugía de tórax transmasculina y/o faloplastia o metoidioplastia en un individuo asignado como mujer al nacer).

especificadores

El especificador “con un trastorno/diferencia del desarrollo sexual” debe usarse en el contexto de personas que tienen un trastorno específico y codificable.

trastorno/diferencia del desarrollo sexual documentado en su expediente médico.

El especificador “postransición” puede usarse en el contexto de continuar procedimientos de tratamiento que sirvan para sustentar la nueva asignación de género.

Características diagnósticas

Las personas con disforia de género tienen una marcada incongruencia entre el género que se les ha asignado (generalmente basado en el sexo fenotípico al nacer, denominado **género asignado al nacer**) y su género experimentado/expresado. Esta discrepancia es el componente central del diagnóstico. También debe haber evidencia de angustia por esta incongruencia. El género experimentado puede incluir identidades de género alternativas más allá de los estereotipos binarios. En consecuencia, la angustia puede implicar no solo la experiencia de que el individuo es de un género masculino o femenino diferente al asignado al nacer, sino también la experiencia de que el individuo es de un género intermedio o alternativo que difiere del género asignado al nacer.

La disforia de género se manifiesta de manera diferente en diferentes grupos de edad. Los siguientes ejemplos pueden ser menos prominentes en niños criados en entornos con menos estereotipos de género.

Los individuos prepúberes asignados como mujeres al nacer con disforia de género pueden expresar un sentimiento o convicción marcados y persistentes de que son niños, expresar aversión a la idea de

514

ser una niña, o afirmar que crecerá para ser un hombre. A menudo prefieren la ropa y los peinados de los niños, los extraños pueden percibirlos como niños y pueden pedir que los llamen por un nombre de niño. A veces muestran intensas reacciones negativas a los intentos de los padres de que usen vestidos u otros atuendos femeninos. Algunos pueden negarse a asistir a la escuela o eventos sociales donde se requiere tal ropa. Estos niños pueden demostrar una marcada inconformidad de género en juegos de roles, sueños, juegos de género y preferencias de juguetes, estilos, manierismos, fantasías y preferencias de compañeros. Los deportes de contacto, los juegos bruscos, los juegos tradicionales de la niñez y los niños como compañeros de juego son los más preferidos. Muestran poco interés por

juguetes estereotípicamente femeninos (p. ej., muñecas) o actividades (p. ej., disfraces femeninos o juegos de roles). De vez en cuando, se niegan a orinar en una posición sentada. Algunos pueden expresar el deseo de tener un pene o afirmar tener un pene o que les crecerá uno cuando sean mayores. También pueden afirmar que no quieren desarrollar senos ni menstruar.

Los individuos prepuberales asignados como varones al nacer con disforia de género pueden expresar un sentimiento o convicción marcados y persistentes de que son niñas o afirmar que crecerán y se convertirán en mujeres. Pueden expresar aversión a la idea de ser un niño. A menudo prefieren vestirse con ropa de niña o de mujer o pueden improvisar ropa con los materiales disponibles (p. ej., usando toallas, delantales y bufandas para el pelo largo o las faldas). Estos niños pueden demostrar una marcada inconformidad de género en las preferencias, estilos, manierismos y preferencias de los compañeros de juegos y juguetes de género. Pueden representar figuras femeninas (p. ej., jugar a la "madre") y pueden estar intensamente interesados en figuras femeninas de fantasía. Es posible que se prefieran las actividades femeninas tradicionales, los juegos estereotípicos y los pasatiempos (p. ej., "jugar a las casitas", hacer dibujos femeninos, mirar televisión o videos de sus personajes femeninos favoritos).

Las muñecas estereotipadas de tipo femenino (p. ej., Barbie) pueden ser los juguetes favoritos, y las niñas son sus compañeras de juegos preferidas. Evitan los juegos bruscos y tienen poco interés en los juguetes estereotípicamente masculinos (p. ej., automóviles, camiones). Pueden afirmar que encuentran repugnante su pene o testículos, que desean extirparlos o que tienen, o desean tener, una vagina.

Cada vez más, los padres acuden a clínicas especializadas después de su niño con disforia de género ya ha hecho la transición social.

Dado que el inicio de la pubertad para las personas a las que se les asignó el sexo femenino al nacer es entre los 9 y los 13 años, y entre los 11 y los 14 años para las personas a las que se les asignó el sexo masculino al nacer, sus síntomas y preocupaciones pueden surgir en una fase de desarrollo entre la niñez y la adolescencia. Como las características sexuales secundarias de los adolescentes más jóvenes aún no están completamente desarrolladas, es posible que estos individuos no expresen disgusto por ellos, pero pueden estar marcadamente angustiados por los cambios físicos inminentes.

En adolescentes y adultos con disforia de género, la discrepancia entre el género experimentado y las características sexuales físicas a menudo, pero no siempre, va acompañada del deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias y/o un fuerte deseo de adquirir algunas características primarias y/o secundarias. /o características sexuales secundarias de otro género. En diversos grados, mayor

los adolescentes y adultos con disforia de género pueden adoptar el comportamiento, la vestimenta y los gestos de su género experimentado. Se sienten incómodos siendo considerados por otros, o funcionando en la sociedad, como miembros de su género asignado. Algunos adultos y adolescentes pueden tener un fuerte deseo de ser de un género diferente y ser tratados como tales, y pueden tener la certeza interna de sentirse y responder como su género experimentado sin buscar tratamiento médico para alterar las características corporales. Pueden encontrar otras formas de resolver la incongruencia entre el género experimentado/expresado y el asignado viviendo parcialmente en el rol deseado o adoptando un rol de género que no sea ni convencionalmente masculino ni convencionalmente femenino.

Funciones asociadas

Cuando se desarrollan signos visibles de la pubertad, las personas a las que se les asignó un sexo masculino al nacer pueden afeitarse el vello facial, corporal y de las piernas ante los primeros signos de crecimiento. A veces vendan sus genitales para que las erecciones sean menos visibles. Las personas a las que se les asigna sexo femenino al nacer pueden vendarse los senos,

515

camine encorvada o use suéteres sueltos para que los senos sean menos visibles.

Cada vez más, los adolescentes solicitan, o pueden obtener sin prescripción médica ni supervisión, medicamentos que suprimen la producción de esteroides gonadales (p. ej., agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina [GnRH]) o que bloquean las acciones de las hormonas gonadales (p. ej., espironolactona). Los adolescentes remitidos clínicamente a menudo desean un tratamiento hormonal y muchos también desean una cirugía de afirmación de género. Los adolescentes que viven en un ambiente de aceptación pueden expresar abiertamente el deseo de ser y ser tratados como su género experimentado y vestirse parcial o completamente como su género experimentado, tener un peinado típico de su género experimentado, buscar amistades preferentemente con compañeros de otro género, y/ o adoptar un nuevo nombre consistente con su género experimentado. Los adolescentes mayores, cuando son sexualmente activos, a menudo no muestran ni permiten que sus parejas toquen sus órganos sexuales. Para los adultos con aversión hacia sus genitales, la actividad sexual está restringida por la preferencia de que sus parejas no vean ni toquen sus genitales. No es raro que los adultos busquen tratamiento hormonal (a veces sin

prescripción médica y supervisión) y cirugía de afirmación de género. Otros están satisfechos con el tratamiento hormonal o la cirugía sola, o sin ningún tratamiento médico de afirmación de género.

En niños, adolescentes y adultos con disforia de género se ha observado una sobrerepresentación de los rasgos del espectro autista. Además, las personas con trastorno del espectro autista tienen más probabilidades de exhibir diversidad de género.

Los adolescentes y adultos con disforia de género antes del tratamiento de afirmación de género y el cambio legal de género tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental, como ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios. Después de la reasignación de género, el ajuste puede variar y el riesgo de suicidio y los problemas de salud mental pueden persistir.

En los niños prepúberes, el aumento de la edad se asocia con más problemas de comportamiento o emocionales; esto está relacionado con la creciente no aceptación del comportamiento de género no conforme por parte de los demás. Los niños y adolescentes que se sienten apoyados y aceptados en su no conformidad de género pueden presentar menos o incluso ningún problema psicológico.

Predominio

No existen estudios poblacionales a gran escala sobre la disforia de género. Con base en las poblaciones que buscan tratamiento de afirmación de género, se ha evaluado que la prevalencia del diagnóstico de disforia de género en todas las poblaciones es inferior a 1/1000 (es decir, < 0,1 %) tanto para las personas a las que se les asignó el sexo masculino al nacer como para las personas a las que se les asignó el sexo femenino al nacer. Debido a que muchos adultos con disforia de género no buscan atención en programas de tratamiento especializados, es probable que se subestimen las tasas de prevalencia. Las estimaciones de prevalencia basadas en encuestas de muestras de población general autoinformadas en los Estados Unidos y Europa sugieren números más altos, aunque los diversos métodos de evaluación dificultan las comparaciones entre estudios. La autoidentificación como transgénero oscila entre el 0,5 % y el 0,6 %; experimentarse a sí mismo con una identidad de género incongruente oscila entre el 0,6 % y el 1,1 %; sentir que se es una persona de otro sexo oscila entre el 2,1% y el 2,6%; y el deseo de someterse a un tratamiento médico oscila entre el 0,2% y el 0,6%.

Desarrollo y Curso

Debido a que la expresión de la disforia de género varía con la edad, existen conjuntos de criterios separados para niños frente a los de adolescentes y adultos. Los criterios para niños se definen de una manera más concreta y conductual que los de adolescentes y adultos. Los niños pequeños son menos propensos que los niños mayores, los adolescentes y los adultos a manifestar una disforia anatómica extrema y persistente. En adolescentes y adultos, la incongruencia entre el género experimentado y el género asignado es una característica central del diagnóstico. Los factores relacionados con la angustia y el deterioro también varían con la edad. Un niño muy pequeño puede mostrar signos de angustia (p. ej., llanto intenso) solo cuando los padres le dicen que él o ella "realmente" no es miembro de otro género, sino que solo "desea" serlo. La angustia puede no manifestarse en entornos sociales que apoyen la inconformidad de género del niño y puede surgir solo si hay

516

interferencia parental/social con la variación de género del niño. En adolescentes y adultos, la angustia puede manifestarse debido a una fuerte incongruencia entre el género experimentado y el género asignado al nacer. Sin embargo, tal angustia puede mitigarse con entornos de apoyo y el conocimiento de que existen tratamientos biomédicos para reducir la incongruencia. El deterioro (p. ej., rechazo a ir a la escuela, desarrollo de depresión, ansiedad, problemas de comportamiento y de compañeros, y abuso de sustancias) puede ser un correlato de la disforia de género.

Disforia de género sin trastorno del desarrollo sexual. Para referido a la clínica niños estudiados en Canadá y los Países Bajos, el inicio de las conductas no conformes con el género suele ocurrir entre los 2 y los 4 años de edad. Esto corresponde al período de desarrollo en el que la mayoría de los niños comienzan a expresar comportamientos e intereses de género. Para algunos niños en edad preescolar, pueden estar presentes comportamientos atípicos de género persistentes y marcados y el deseo expresado de ser de otro género, o puede ocurrir que se etiqueten a sí mismos como miembros de otro género. En otros casos, la expresión de género aparece más tarde, generalmente al ingreso a la escuela primaria.

Los niños a veces pueden expresar malestar con su anatomía sexual o expresarán el deseo de tener una anatomía sexual correspondiente a su género experimentado ("disforia anatómica"). expresiones anatómicas

la disforia se vuelve más común a medida que los niños con disforia de género se acercan y anticipan la pubertad.

No existen estudios de población general sobre los resultados de la variación de género en la niñez en adolescentes o adultos. Algunos niños prepúberes que expresan el deseo de ser de otro género no buscarán tratamientos somáticos de afirmación de género cuando lleguen a la pubertad. Con frecuencia reportan orientaciones no heterosexuales y con frecuencia un marcado comportamiento no conforme con el género, aunque no necesariamente una identidad transgénero en la adolescencia/edad adulta joven. Algunos niños con disforia de género en la infancia que remite en la adolescencia pueden experimentar una recurrencia en la edad adulta.

En los individuos a los que se les asignó el sexo masculino al nacer, los estudios de América del Norte y los Países Bajos encontraron que la persistencia osciló entre el 2 % y el 39 %. En los individuos asignados al sexo femenino al nacer, la persistencia osciló entre el 12 % y el 50 %. La persistencia de la disforia de género se correlaciona modestamente con medidas dimensionales de gravedad determinadas en el momento de una evaluación inicial de la infancia. La transición social temprana también puede ser un factor en la persistencia de la disforia de género en la adolescencia.

Los estudios han demostrado una alta incidencia de atracción sexual hacia aquellos del género asignado al nacer del individuo, independientemente de la trayectoria de la disforia de género del niño preadolescente. Para las personas cuya disforia de género continúa hasta la adolescencia y más allá, la mayoría se identifica como heterosexual. En aquellos que ya no tienen disforia de género en el momento de la adolescencia, la mayoría se autoidentifica como gay, lesbiana o bisexual.

Se han descrito dos amplias trayectorias para el desarrollo de la perspectiva de género. disforia en personas que se identifican como hombre o mujer.

A diferencia de los niños que no se ajustan al género, las personas con disforia de género de inicio prepuberal tienen síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico de disforia de género en la infancia. La disforia puede continuar en la adolescencia y la edad adulta; alternativamente, algunos individuos pasan por un período en el que la disforia de género desiste o se niega. En esos momentos, estas personas pueden identificarse a sí mismas como homosexuales o lesbianas. Algunos pueden identificarse como heterosexuales y cisgénero. Sin embargo, es posible que algunas de estas personas experimenten una recurrencia de la disforia de género más adelante en la vida.

Independientemente de si la disforia de género del individuo persiste o desiste en una fecha posterior, ya sea el inicio de la pubertad o la comprensión de que

la pubertad comenzará con el desarrollo de las características sexuales secundarias puede provocar sentimientos angustiantes de incongruencia de género que pueden exacerbar la disforia de género del individuo.

El grupo de inicio temprano/prepuberal a menudo se presenta para atención clínica de afirmación de género durante la niñez, la adolescencia o la adultez temprana. Esto puede reflejar una disforia de género más intensa en comparación con las personas con disforia de género de inicio tardío/pospuberal, cuya angustia puede ser más variable y menos intensa.

517

La disforia de género de inicio tardío o puberal/pospuberal ocurre alrededor de la pubertad o incluso mucho más tarde en la vida. Algunas de estas personas informan haber tenido un deseo de ser de otro género en la infancia que no se expresó verbalmente a los demás o tuvieron un comportamiento no conforme con el género que no cumplió con todos los criterios de disforia de género en la infancia. Otros no recuerdan ningún signo de disforia de género infantil. Los padres de personas con disforia de género de inicio puberal/pospuberal a menudo se sorprenden, ya que no vieron signos de disforia de género durante la infancia.

Disforia de género en asociación con un trastorno del desarrollo sexual Individuos con DSD que requieren intervención médica temprana o decisiones sobre la asignación de género llegan a la atención clínica a una edad temprana. Dependiendo de la condición, pueden haber sido gonadectomizados (a menudo debido al riesgo de malignidad futura) antes de la pubertad, por lo que la administración de hormonas exógenas es parte de la atención de rutina para inducir la pubertad. La infertilidad es común ya sea debido a la afección en sí misma o la gonadectomía, y la cirugía genital puede haberse realizado en la infancia o la niñez con la intención de afirmar el género asignado tanto al individuo afectado como a los cuidadores.

Las personas afectadas pueden exhibir un comportamiento no conforme con el género desde la primera infancia de una manera que es predecible según el síndrome DSD específico y la asignación de género, y los umbrales para apoyar la transición de género social y médica en menores tradicionalmente han sido mucho más bajos para aquellos en comparación con aquellos sin DSD. A medida que las personas con algunos síndromes DSD toman conciencia de su condición e historial médico, muchas experimentan incertidumbre sobre su género, en lugar de desarrollar una firme convicción de que son de otro género.

La proporción que desarrolla disforia de género y progresó hacia la transición de género varía notablemente según el síndrome particular y la asignación de género.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El comportamiento variable de género entre las personas con disforia de género de inicio prepuberal puede desarrollarse en la edad preescolar temprana. Los estudios sugieren que una mayor intensidad de la inconformidad de género y una mayor edad en el momento de la presentación hacen más probable la persistencia de la disforia de género en la adolescencia y la edad adulta. Un factor predisponente bajo consideración, especialmente en individuos con disforia de género de inicio pospuberal (adolescencia, edad adulta), incluye antecedentes de travestismo que puede convertirse en autoginefilia (es decir, excitación sexual asociada con el pensamiento o la imagen de uno mismo como mujer).

Ambiental. Las personas asignadas como varones al nacer con disforia de género sin DSD (tanto en la infancia como en la adolescencia) suelen tener hermanos mayores en comparación con los varones cisgénero.

Genético y fisiológico. Para las personas con disforia de género sin DSD, la evidencia de familiaridad (débil) de disforia de género entre hermanos no gemelos sugiere alguna contribución genética, mayor concordancia para disforia de género en gemelos monocigóticos en comparación con dicigóticos del mismo sexo, y cierto grado de heredabilidad de género. disforia

La investigación sugiere que la disforia de género tiene una base poligenética que involucra interacciones de varios genes y polimorfismos que pueden afectar la diferenciación sexual del cerebro en el útero, lo que contribuye a la disforia de género en individuos a los que se les asignó el sexo masculino al nacer.

En cuanto a los hallazgos endocrinos en individuos con disforia de género, no se han encontrado anomalías sistémicas endógenas en los niveles de hormonas sexuales en individuos 46,XY, mientras que parece haber un aumento en los niveles de andrógenos (en el rango encontrado en mujeres hirsutas pero muy por debajo de los niveles normales masculinos).) en 46,XX individuos. En general, la evidencia actual es insuficiente para etiquetar la disforia de género sin DSD como una forma de intersexualidad limitada al sistema nervioso central.

En la disforia de género asociada con un DSD, la probabilidad de disforia de género posterior aumenta si la producción y utilización prenatales (a través de

sensibilidad del receptor) de los andrógenos son muy variantes en relación con lo que se ve generalmente en individuos con el mismo asignado

518

género. Los ejemplos incluyen individuos 46,XY con antecedentes de un entorno hormonal prenatal masculino normal pero defectos genitales no hormonales congénitos (como en la extrofia de la vejiga cloacal o la agenesia del pene) y que han sido asignados al género femenino. La probabilidad de disforia de género aumenta aún más con la exposición a andrógenos posnatales adicionales, prolongadas y altamente variantes de género con virilización somática, como puede ocurrir en individuos 46,XY criados en mujeres y no castrados con deficiencia de 5-alfa reductasa-2 o 17-beta-hidroxiesteroida. deficiencia de deshidrogenasa-3 o en individuos 46,XX criados en mujeres con hiperplasia suprarrenal congénita clásica con períodos prolongados de incumplimiento de la terapia de reemplazo de glucocorticoides.

Sin embargo, el entorno de andrógenos prenatales está más estrechamente relacionado con el comportamiento de género que con la identidad de género. Muchas personas con DSD y un comportamiento marcadamente variable de género no desarrollan disforia de género. Por lo tanto, el comportamiento de género no conforme en sí mismo no debe interpretarse como un indicador de disforia de género actual o futura. Parece haber una tasa más alta de disforia de género y cambio de género iniciado por el paciente de asignado femenino a masculino que de asignado masculino a femenino en individuos expuestos prenatalmente a un complemento completo de influencias hormonales masculinizantes.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Se han informado personas con disforia de género en muchos países y contextos culturales de todo el mundo. El equivalente a la disforia de género también se ha informado en personas que viven en contextos culturales con categorías de identidad de género institucionalizadas distintas de hombres/niños o mujeres/niñas que sancionan el desarrollo no conforme con el género. Estos incluyen India, Sri Lanka, Myanmar, Omán, Samoa, Tailandia y los Pueblos Indígenas de América del Norte. Sin embargo, no está claro, en tales contextos culturales, si estos individuos cumplirían los criterios de diagnóstico para la disforia de género.

La prevalencia de problemas de salud mental coexistentes difiere entre culturas; estas diferencias también pueden estar relacionadas con diferencias en las actitudes hacia la no conformidad de género en niños, adolescentes y adultos.

Sin embargo, también en algunas culturas no occidentales, se ha descubierto que la ansiedad es relativamente común en personas con disforia de género, incluso en culturas con actitudes de aceptación hacia el comportamiento de variante de género.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las diferencias de sexo en la tasa de referencias a clínicas especializadas varían según el grupo de edad. En los niños, la proporción de sexos de individuos asignados como hombres al nacer a individuos asignados como mujeres al nacer varía de 1,25: 1 a 4,3: 1. Los estudios muestran un número creciente de niños y adolescentes que acuden a clínicas especializadas, presentación a edades más tempranas, transición social temprana más frecuente y un cambio a un mayor número de individuos asignados como mujeres al nacer en adolescentes y adultos jóvenes que individuos asignados como hombres al nacer. En adultos, las estimaciones generalmente sugieren que más individuos asignados como varones al nacer buscan tratamiento de afirmación de género, con proporciones que van desde 1:1 a 6,1:1 en la mayoría de los estudios en los Estados Unidos y Europa.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Se informa que las tasas de tendencias suicidas e intentos de suicidio para las personas transgénero oscilan entre el 30 % y el 80 %, con factores de riesgo que incluyen malos tratos en el pasado, victimización de género, depresión, abuso de sustancias y edad más joven. Los adolescentes transgénero remitidos a clínicas de género tienen tasas sustancialmente más altas de pensamientos y conductas suicidas en comparación con los adolescentes no remitidos. Antes de recibir tratamiento de afirmación de género y reasignación legal de género, los adolescentes y adultos con disforia de género tienen un mayor riesgo de pensamientos e intentos de suicidio. Después del tratamiento de afirmación de género, el ajuste varía y, aunque a menudo se observa una mejoría en los síntomas coexistentes, algunas personas continúan experimentando ansiedad y síntomas afectivos prominentes y siguen teniendo un mayor riesgo de suicidio.

Un estudio de 572 niños referidos por problemas de identidad de género en Canadá y varios grupos de comparación (hermanos, otros niños referidos y niños no referidos) en su mayoría de otros países de altos ingresos encontró que los niños referidos por género tenían 8,6 veces más probabilidades de autolesionarse o intento de suicidio que los niños de comparación, incluso después de ajustar el comportamiento general y los problemas de relación con los compañeros, y particularmente en la segunda mitad de la infancia. Entre los adolescentes, la tasa más alta de intento de suicidio se da entre los hombres jóvenes transgénero, seguidos de los que se definen a sí mismos como ni hombres ni mujeres.

Consecuencias funcionales de la disforia de género

La inconformidad de género puede aparecer en todas las edades después de los primeros 2 a 3 años de la niñez y puede interferir con las actividades diarias. En los niños mayores, la no conformidad de género puede afectar las relaciones con los compañeros y puede llevar al aislamiento de los grupos de compañeros y al sufrimiento. Muchos niños experimentan burlas y acoso o presión para vestirse con atuendos asociados con el sexo asignado al nacer, especialmente cuando crecen en un entorno que no los apoya ni los acepta. También en adolescentes y adultos, la angustia resultante de la incongruencia de género a menudo interfiere con las actividades diarias. Las dificultades en las relaciones, incluidos los problemas en las relaciones sexuales, son comunes y el funcionamiento en la escuela o en el trabajo puede verse afectado. La disforia de género se asocia con altos niveles de estigmatización, discriminación y victimización, lo que conduce a un concepto negativo de sí mismo, mayores tasas de depresión, tendencias suicidas y otros trastornos mentales, deserción escolar y marginación económica, incluido el desempleo, con el consiguiente impacto social. y riesgos para la salud mental, especialmente en personas que carecen de apoyo familiar o social. Además, el acceso de estas personas a los servicios de salud y de salud mental puede verse obstaculizado por barreras estructurales, como la incomodidad institucional, la inexperiencia o la hostilidad hacia el trabajo con esta población de pacientes.

Diagnóstico diferencial

Inconformidad con los roles de género.

La disforia de género debe distinguirse de la simple inconformidad con el comportamiento de rol de género estereotipado por el fuerte deseo de ser de otro género que el asignado y por la

el alcance y la omnipresencia de las actividades e intereses variantes de género. El diagnóstico no pretende simplemente describir la inconformidad con el comportamiento estereotipado del rol de género (p. ej., "marimacho" en las niñas, comportamiento "femenino-niño" en los niños, travestismo ocasional en hombres adultos). Dada la mayor apertura de las expresiones de diversidad de género por parte de los individuos en toda la gama del espectro transgénero, es importante que el diagnóstico clínico se limite a aquellos individuos cuya angustia y deterioro cumplan con los criterios especificados.

Trastorno travesti. El trastorno travesti se diagnostica en varones adolescentes y adultos heterosexuales (o bisexuales) (rara vez en mujeres) para quienes la ropa de mujer genera excitación sexual y causa angustia y/o deterioro sin cuestionar su género asignado. En ocasiones se acompaña de disforia de género. Una persona con trastorno travesti que también tiene disforia de género clínicamente significativa puede recibir ambos diagnósticos. En algunos casos de disforia de género de inicio pospuberal en individuos asignados al sexo masculino al nacer que se sienten atraídos por las mujeres, el travestismo con excitación sexual es un precursor del diagnóstico de disforia de género.

Desorden dismórfico del cuerpo. Un individuo con trastorno dismórfico corporal se enfoca en la alteración o eliminación de una parte específica del cuerpo porque se percibe como anormalmente formada, no porque represente un género asignado repudiado. Cuando la presentación de un individuo cumple con los criterios de disforia de género y trastorno dismórfico corporal, se pueden dar ambos diagnósticos. Las personas que desean que se les ampute una extremidad sana (denominado por algún **trastorno de identidad de la integridad corporal**) porque los hace sentir más "completos" generalmente no desean cambiar de género, sino que desean vivir como una persona amputada o discapacitada.

Desorden del espectro autista. En personas con trastorno del espectro autista, el diagnóstico de disforia de género puede ser un desafío. Puede ser difícil diferenciar posibles eventos concurrentes

disforia de género por una preocupación autista debido al pensamiento concreto y rígido en torno a los roles de género y/o la mala comprensión de las relaciones sociales características del trastorno del espectro autista.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En la esquizofrenia, rara vez puede haber delirios de pertenencia a otro género. En ausencia de síntomas psicóticos, la insistencia de un individuo con disforia de género en que él o ella es de otro género no se considera un delirio. La esquizofrenia (u otros trastornos psicóticos) y la disforia de género pueden coexistir. Los delirios relacionados con el género pueden ocurrir hasta en un 20 % de las personas con esquizofrenia. Por lo general, se pueden diferenciar de la disforia de género por su contenido extraño y por sus aumentos y disminuciones con remisiones y exacerbaciones de episodios psicóticos.

Otras presentaciones clínicas. Algunas personas con un deseo de castración que desarrollan una identidad de género alternativa, no masculina/no femenina, tienen una presentación que cumple con los criterios de disforia de género. Sin embargo, algunos hombres buscan cirugía genital por razones estéticas o para eliminar los efectos psicológicos de los andrógenos sin cambiar la identidad masculina; en estos casos, no se cumplen los criterios de disforia de género.

Comorbilidad

Los niños derivados clínicamente con disforia de género muestran niveles elevados de trastornos de ansiedad, disruptivos, de control de impulsos y depresivos. El trastorno del espectro autista es más frecuente en adolescentes y adultos clínicamente derivados con disforia de género que en la población general. Los adolescentes y adultos con disforia de género referidos clínicamente a menudo tienen altas tasas de trastornos mentales asociados, siendo los más comunes los trastornos de ansiedad y depresión. Las personas que han sufrido acoso y violencia también pueden desarrollar un trastorno de estrés postraumático.

Otra disforia de género especificada

F64.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de género.

disforia La otra categoría de disforia de género especificada se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de disforia de género. Esto se hace registrando “otra disforia de género especificada” seguida del motivo específico (p. ej., “disforia de género breve”, en la que los síntomas cumplen todos los criterios de disforia de género pero la duración es inferior a los 6 meses requeridos).

Disforia de género no especificada

F64.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de disforia de género. La categoría de disforia de género no especificada se utiliza en situaciones en las que el médico opta por *no* especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios de disforia de género e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

521

disruptivo, de control de impulsos y Trastornos de conducta

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta incluyen condiciones que implican problemas en el autocontrol de las emociones y los comportamientos. Mientras que otros trastornos del DSM-5 también pueden implicar problemas en la regulación emocional y/o conductual, los trastornos de este capítulo son únicos en el sentido de que estos problemas se manifiestan en comportamientos que violan los derechos de los demás (p. ej., agresión, destrucción de la propiedad) y /o que lleven al individuo a un conflicto significativo con las normas sociales o figuras de autoridad. Las causas subyacentes de los problemas en el autocontrol de las emociones y las conductas pueden variar mucho entre los trastornos de este capítulo y entre los individuos dentro de una categoría diagnóstica determinada.

El capítulo incluye el trastorno negativista desafianta, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta, el trastorno de personalidad antisocial (que se describe en el capítulo “Trastornos de la personalidad”), la piromanía, la cleptomanía y otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta especificados y no especificados. Aunque todos los trastornos del capítulo implican problemas tanto en la regulación emocional como en la conductual, la fuente de variación entre los trastornos es el énfasis relativo en los problemas de los dos tipos de autocontrol. Por ejemplo, los criterios para el trastorno de conducta se centran en gran medida en comportamientos mal controlados que violan los derechos de los demás o que violan las principales normas sociales. Estos comportamientos pueden o no ser el resultado de emociones mal controladas. Algunos síntomas del trastorno de la conducta (p. ej., ciertas formas de agresión) pueden atribuirse a respuestas emocionales restringidas. En el otro extremo, los criterios para el trastorno explosivo intermitente se centran en gran medida en emociones mal controladas, arrebatos de ira que son desproporcionados con la provocación interpersonal o de otro tipo o con otros factores estresantes psicosociales.

El impacto intermedio de estos dos trastornos es el trastorno negativista desafiante, en el que los criterios se distribuyen más uniformemente entre las emociones (ira e irritación) y los comportamientos (argumentación y desafío). La piromanía y la cleptomanía se caracterizan por un control deficiente de los impulsos relacionados con comportamientos específicos (encender fuego o robar) que alivian la tensión interna. Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado es una categoría para afecciones en las que hay síntomas de trastorno de la conducta, trastorno de oposición desafiante u otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, pero el número o el tipo de síntomas no cumplen el umbral de diagnóstico para cualquiera de los trastornos de este capítulo, aunque haya evidencia de deterioro clínicamente significativo asociado con los síntomas.

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta tienden a ser más comunes en niños y hombres que en niñas y mujeres, aunque el grado relativo de predominio masculino puede diferir entre los trastornos y dentro de un trastorno a diferentes edades. Los trastornos de este capítulo tienden a tener un inicio en la niñez o la adolescencia. De hecho, es muy raro que el trastorno de conducta o el trastorno negativista desafiante surjan por primera vez en la edad adulta. Existe una relación de desarrollo entre el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta, en el sentido de que la mayoría de los casos de trastorno de conducta anteriormente habrían tenido síntomas que cumplían los criterios del trastorno negativista desafiante, al menos en aquellos casos en los que el trastorno de conducta surge antes de la adolescencia. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno de oposición desafiante no desarrollan finalmente un trastorno de conducta. Además, los niños con

trastorno negativista desafiante corren el riesgo de desarrollar eventualmente otros problemas además del trastorno de conducta, incluidos los trastornos de ansiedad y depresivos.

Muchos de los síntomas que definen los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta son comportamientos que pueden ocurrir hasta cierto punto en personas con un desarrollo típico. Por lo tanto, es fundamental que la frecuencia, la persistencia, la omnipresencia en las situaciones y el deterioro asociado con los comportamientos indicativos del diagnóstico se consideren en relación con lo que es

normativo para la edad, el sexo y la cultura de una persona a la hora de determinar si es sintomática de un trastorno.

Los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta se han relacionado con un espectro externalizante común asociado con las dimensiones de personalidad de **desinhibición** y **emocionalidad negativa** (algunas facetas); e inversamente con **la restricción** y la **amabilidad**. Estas dimensiones de personalidad compartidas podrían explicar el alto nivel de comorbilidad entre estos trastornos y su frecuente comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias y el trastorno de personalidad antisocial. Sin embargo, la naturaleza específica de la diátesis compartida que constituye el espectro de externalización sigue siendo desconocida.

Trastorno de oposición desafiante

Criterios de diagnóstico

F91.3

- A. Un patrón de humor enojado/irritable, comportamiento discutidor/desafiante o venganza que dura al menos 6 meses, evidenciado por al menos cuatro síntomas de cualquiera de las siguientes categorías, y exhibido durante la interacción con al menos una persona que no es un hermano .

Estado de ánimo enojado/irritable

1. A menudo pierde los estribos.
2. A menudo es susceptible o se enfada con facilidad.
3. Suele estar enojado y resentido.

Comportamiento argumentativo/desafiante 4.

A menudo discute con figuras de autoridad o, en el caso de niños y adolescentes, con adultos.

5. A menudo desafía activamente o se niega a cumplir con las solicitudes de figuras de autoridad o con reglas.
6. Con frecuencia molesta deliberadamente a los demás.
7. A menudo culpa a otros por sus errores o mala conducta.

Espíritu de venganza

8. Ha sido rencoroso o vengativo al menos dos veces en los últimos 6 meses.

Nota: La persistencia y la frecuencia de estos comportamientos deben usarse para distinguir un comportamiento que está dentro de los límites normales de un comportamiento que es sintomático. Para los niños menores de 5 años, el comportamiento debe ocurrir la mayoría de los días durante un período de al menos 6 meses, a menos que se indique lo contrario (Criterio A8). Para individuos de 5 años o más, el comportamiento debe ocurrir al menos una vez por semana durante al menos 6 meses, a menos que se indique lo contrario (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia brindan orientación sobre un nivel mínimo de frecuencia para definir los síntomas, también se deben considerar otros factores, como si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos están fuera de un rango normativo para el nivel de desarrollo, el género y la cultura del individuo. .

B. La alteración en el comportamiento está asociada con angustia en el individuo o en otros en su contexto social inmediato (p. ej., familia, grupo de pares, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en áreas sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de la vida. marcha.

523

C. Los comportamientos no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico, por abuso de sustancias, depresivo o bipolar.
Además, no se cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Especifique la gravedad actual:

Leve: los síntomas se limitan a un solo entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con compañeros).

Moderado: algunos síntomas están presentes en al menos dos entornos.

Severo: algunos síntomas están presentes en tres o más entornos.

Especificadores

No es raro que las personas con trastorno negativista desafiantes muestren síntomas solo en el hogar y solo con miembros de la familia. Sin embargo, la omnipresencia de los síntomas es un indicador de la gravedad del trastorno.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno negativista desafiantes es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad, conducta discutidora/desafiantes o venganza (Criterio A). No es inusual que las personas con trastorno negativista desafiantes muestren las características conductuales del trastorno sin problemas de estado de ánimo negativo. Sin embargo, las personas con el trastorno que muestran los síntomas del estado de ánimo enojado/irritable suelen mostrar también las características conductuales.

Los síntomas del trastorno negativista desafiantes pueden limitarse a un solo entorno, y este suele ser el hogar. Las personas que muestran suficientes síntomas para alcanzar el umbral de diagnóstico, incluso si es solo en el hogar, pueden verse significativamente afectadas en su funcionamiento social. Sin embargo, en casos más severos, los síntomas del trastorno están presentes en múltiples escenarios. Dado que la omnipresencia de los síntomas es un indicador de la gravedad del trastorno, es fundamental que el comportamiento del individuo se evalúe en múltiples entornos y relaciones. Debido a que estos comportamientos son comunes entre los hermanos, deben observarse durante las interacciones con personas que no sean hermanos. Además, debido a que los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el individuo conoce bien, es posible que no sean evidentes durante un examen clínico.

Los síntomas del trastorno negativista desafiantes pueden ocurrir hasta cierto punto en personas sin este trastorno. Hay varias consideraciones clave para determinar si los comportamientos son sintomáticos del trastorno negativista desafiantes. Primero, el umbral de diagnóstico de cuatro o más

Los síntomas dentro de los 6 meses anteriores deben cumplirse. En segundo lugar, la persistencia y la frecuencia de los síntomas deben exceder lo que es normativo para la edad, el género y la cultura de un individuo. Los arrebatos de cólera en un niño en edad preescolar se considerarían un síntoma del trastorno negativista desafiantes solo si ocurrieron la mayoría de los días durante los 6 meses anteriores, si ocurrieron con al menos otros tres síntomas del trastorno y si los arrebatos de cólera contribuyeron a la significativa impedimento asociado con el trastorno (p. ej., condujo a la destrucción de la propiedad durante los arrebatos, ocasionó que se le pidiera al niño que abandonara el preescolar). Cabe señalar que la pérdida de los estribos no siempre implica un comportamiento de rabia y puede manifestarse mediante expresiones faciales de enojo, expresiones verbales de enojo y sentimientos subjetivos de enojo que normalmente no se considerarían una rabia.

Los síntomas del trastorno a menudo son parte de un patrón de interacciones problemáticas con los demás. Además, los individuos con este trastorno típicamente no se consideran enojados, opositores o desafiantes. En cambio, a menudo justifican su comportamiento como una respuesta a demandas o circunstancias irrazonables. Por lo tanto, puede ser difícil desentrañar la contribución relativa del individuo con el trastorno a las interacciones problemáticas que experimenta. Por ejemplo, los niños con trastorno negativista desafiantes pueden tener

524

experimentado un historial de crianza hostil, y a menudo es imposible determinar si el comportamiento del niño hizo que los padres actuaran de una manera más hostil hacia el niño, si la hostilidad de los padres condujo al comportamiento problemático del niño, o si hubo alguna combinación de ambos. Si el médico puede o no separar las contribuciones relativas de los posibles factores causales, no debe influir en la realización del diagnóstico. En el caso de que el niño viva en condiciones particularmente malas en las que puede haber negligencia o maltrato (p. ej., en entornos institucionales), puede ser útil la atención clínica para reducir la contribución del medio ambiente.

Funciones asociadas

Dos de las condiciones concurrentes más comunes con el trastorno negativista desafiante son el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y el trastorno de conducta (consulte la sección "Comorbilidad" para este trastorno). El trastorno negativista desafiante se ha asociado con un mayor riesgo de intentos de suicidio, incluso después de controlar los trastornos comórbidos.

Predominio

La prevalencia transnacional del trastorno negativista desafiante oscila entre el 1 % y el 11 %, con una prevalencia media estimada de alrededor del 3,3 %. La tasa de trastorno negativista desafiante puede variar según la edad y el sexo del niño. El trastorno parece ser algo más frecuente en niños que en niñas (1,59:1) antes de la adolescencia. Este predominio masculino no se encuentra consistentemente en muestras de adolescentes o adultos.

Desarrollo y curso Los primeros

síntomas del trastorno negativista desafiante suelen aparecer durante los años preescolares y rara vez después de la adolescencia temprana. El trastorno de oposición desafiante a menudo precede al desarrollo del trastorno de conducta, especialmente para aquellos con el tipo de trastorno de conducta de inicio en la infancia.

Sin embargo, muchos niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante no desarrollan posteriormente un trastorno de conducta. El trastorno negativista desafiante también conlleva el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, incluso en ausencia de un trastorno de conducta. Los síntomas desafiantes, discutidores y vengativos conllevan la mayor parte del riesgo de trastorno de conducta, mientras que los síntomas del estado de ánimo irritable/enfadado conllevan la mayor parte del riesgo de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Las manifestaciones del trastorno a lo largo del desarrollo parecen consistentes. Los niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante tienen un mayor riesgo de sufrir una serie de problemas de adaptación en la edad adulta, incluidos los impedimentos funcionales (p. ej., problemas en las relaciones con la familia, los compañeros y las parejas románticas; menor nivel educativo; más estrés en el lugar de trabajo), la persistencia del trastorno negativista desafiante y otras psicopatologías, como comportamiento antisocial, problemas de control de impulsos, abuso de sustancias, ansiedad y depresión.

Muchos de los comportamientos asociados con el trastorno negativista desafiante aumentan en frecuencia durante el período preescolar y en la adolescencia. Por lo tanto, es especialmente crítico durante estos períodos de desarrollo que la frecuencia y la intensidad de estos comportamientos se evalúen frente a los niveles normativos antes de decidir que son síntomas del trastorno negativista desafiante. Por ejemplo, no es inusual que los niños en edad preescolar muestren rabietas semanalmente, pero las rabietas diarias ocurren solo en aproximadamente el 10% de los niños en edad preescolar.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores temperamentales relacionados con problemas en la regulación emocional (p. ej., altos niveles de reactividad emocional, poca tolerancia a la frustración) han sido predictivos del trastorno.

525

Ambiental. Los niños con trastorno negativista desafiante influyen en su entorno, que a su vez puede influir en ellos. Por ejemplo, las prácticas de crianza duras, inconsistentes o negligentes predicen aumentos en los síntomas, y los síntomas de oposición predicen aumentos en la crianza áspera e inconsistente. En niños y adolescentes, el trastorno negativista desafiante es más frecuente en familias en las que el cuidado de los niños se ve interrumpido por una sucesión de diferentes cuidadores. Los niños con trastorno negativista desafiante también corren un mayor riesgo tanto de intimidar a sus compañeros como de ser intimidados por pares.

Genético y fisiológico. Varios marcadores neurobiológicos (p. ej., menor frecuencia cardíaca y reactividad de la conductancia de la piel; menor reactividad del cortisol basal; anomalías en la corteza prefrontal y la amígdala) se han asociado con el trastorno negativista desafiante. Los estudios han demostrado influencias genéticas superpuestas para los síntomas de irritabilidad e ira del trastorno negativista desafiante con depresión y trastorno de ansiedad generalizada. Hasta la fecha, la gran mayoría de los estudios no han separado a los niños con trastorno negativista desafiante de aquellos con trastorno de conducta. Se necesita más estudio de los marcadores específicos del trastorno negativista desafiante.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura La prevalencia informada del trastorno negativista desafiante u otros trastornos disruptivos puede verse afectada por diagnósticos erróneos o sobrediagnósticos de individuos de algunos entornos culturales. Las normas sociales pueden afectar la prevalencia del trastorno y su predominio del género masculino en niños y adolescentes. Un metanálisis de las tasas de prevalencia en la infancia intermedia encontró que el trastorno es más común en niños que en niñas en las culturas occidentales, pero que la prevalencia es similar entre los géneros en las culturas no occidentales. Además, a pesar de las experiencias adversas, los inmigrantes y refugiados de primera generación pueden tener un menor riesgo de desarrollar síntomas del trastorno negativista desafiante.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Algunos estudios encuentran pocas diferencias de sexo o género para este trastorno en comparación con, por ejemplo, el trastorno de conducta. Puede haber ligeras diferencias en los factores de riesgo con la crianza severa más altamente asociada con el trastorno de oposición desafiante en las niñas pero no en los niños.

Consecuencias funcionales de la oposición desafiante Trastorno

Cuando el trastorno negativista desafiante persiste a lo largo del desarrollo, las personas con el trastorno experimentan conflictos frecuentes con los padres, maestros, supervisores, compañeros y parejas románticas. Dichos problemas a menudo resultan en impedimentos significativos en el ajuste emocional, social, académico y ocupacional del individuo.

Diagnóstico diferencial

Desorden de conducta. El trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante están relacionados con problemas de conducta que provocan que el individuo entre en conflicto con los adultos y otras figuras de autoridad (p. ej., maestros, supervisores de trabajo). Los comportamientos del trastorno negativista desafiante suelen ser de naturaleza menos grave que los del trastorno de conducta y no incluyen agresión hacia personas o animales, destrucción de propiedad o un patrón de robo o engaño. Sin embargo, la evidencia sugiere que el trastorno negativista desafiante está asociado

con niveles de deterioro equivalentes o incluso mayores que el trastorno de conducta.

Además, el trastorno negativista desafiante incluye problemas de desregulación de las emociones (es decir, estado de ánimo enojado e irritable) que no están incluidos en la definición de trastorno de conducta.

Trastorno de adaptación. Los estresores ambientales y familiares pueden estar asociados con manifestaciones externalizantes de desregulación emocional. En los niños, estos pueden manifestarse como

526

rabietas y comportamiento de oposición; y en adolescentes, como conductas agresivas (p. ej., rebelión y desafío). La asociación temporal con un factor estresante y la duración de los síntomas de menos de 6 meses después de la resolución del factor estresante pueden ayudar a distinguir el trastorno de adaptación del trastorno negativista desafiante.

Trastorno de estrés postraumático. En niños menores de 6 años, el trastorno de estrés postraumático puede manifestarse inicialmente como conductas desreguladas, oposición y berrinches; la asociación con un evento traumático y con otros síntomas específicos (juego traumático) son claves para establecer el diagnóstico. En los adolescentes, la recreación traumática y la asunción de riesgos pueden malinterpretarse como desafío y oposición o como problemas de conducta.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. El TDAH a menudo es comórbido con trastorno de oposición desafiante. Para hacer el diagnóstico adicional de trastorno negativista desafiante, es importante determinar que la incapacidad del individuo para cumplir con las solicitudes de los demás no se produce únicamente en situaciones que exigen un esfuerzo y una atención sostenidos o que exigen que el individuo se quede quieto.

Trastornos depresivos y bipolares. Los trastornos depresivos y bipolares a menudo implican afecto negativo e irritabilidad. Como resultado, no se debe hacer un diagnóstico de trastorno negativista desafiante si los síntomas ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno del estado de ánimo.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El trastorno negativista desafiante comparte con el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo los síntomas del estado de ánimo irritable crónico y los arrebatos de mal genio. Sin embargo, si el estado de ánimo irritable y otros síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, un

no se da el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, incluso si se cumplen todos los criterios para el trastorno negativista desafiante.

Trastorno explosivo intermitente. El trastorno explosivo intermitente también implica altos índices de ira. Sin embargo, las personas con este trastorno muestran una agresión grave hacia los demás que no forma parte de la definición de trastorno negativista desafiante.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). En individuos con trastorno del desarrollo intelectual, el diagnóstico de trastorno negativista desafiante se da solo si el comportamiento de oposición es notablemente mayor que el que se observa comúnmente entre individuos de edad mental comparable y con discapacidad intelectual de gravedad comparable.

Trastorno del lenguaje. El trastorno negativista desafiante también debe distinguirse de la falta de seguimiento de instrucciones que es el resultado de una comprensión deficiente del lenguaje (p. ej., pérdida de la audición).

Desorden de ansiedad social. El trastorno negativista desafiante también debe distinguirse del desafío debido al miedo a la evaluación negativa asociado con el trastorno de ansiedad social.

Comorbilidad Las

tasas de trastorno negativista desafiante son mucho más altas en muestras de niños, adolescentes y adultos con TDAH, y esto puede ser el resultado de factores de riesgo temperamentales compartidos. Además, el trastorno negativista desafiante a menudo precede al trastorno de conducta, aunque parece ser más común en niños con el subtipo de inicio en la niñez. Las personas con trastorno negativista desafiante también tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, y esto parece atribuirse en gran medida a la presencia de síntomas del estado de ánimo de enojo-irritabilidad. Se han informado tasas extremadamente altas de comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y los síntomas característicos del trastorno de oposición desafiante, y la mayoría de las personas con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen síntomas que cumplen los criterios del trastorno de oposición desafiante (como mostrar síntomas de discusión/desafío); pero debido a que el trastorno negativista desafiante no se puede diagnosticar si también se cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, solo el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo sería

ser diagnosticado en tales casos. Los adolescentes y adultos con trastorno negativista desafiante también muestran una mayor tasa de trastornos por uso de sustancias,

527

aunque no está claro si esta asociación es independiente de la comorbilidad con el trastorno de conducta.

Trastorno explosivo intermitente

Criterios de diagnóstico

F63.81

- A. Arrebatos de comportamiento recurrentes que representan una falla en el control de los impulsos agresivos manifestados por cualquiera de los siguientes: 1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, discusiones verbales o peleas) o agresión física hacia la propiedad, los animales u otras personas, que ocurre dos veces por semana, en promedio, durante un período de 3 meses. La agresión física no resulta en daño o destrucción de propiedad y no resulta en lesiones físicas a animales u otras personas.
2. Tres arrebatos de comportamiento que involucren daño o destrucción de propiedad y/o agresión física que involucre lesiones físicas contra animales u otras personas que ocurran dentro de un período de 12 meses.
- B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es sumamente desproporcionada con respecto a la provocación oa cualquier factor estresante psicosocial precipitante.
- C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos y/o basados en la ira) y no están destinados a lograr algún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).

- D. Los arrebatos agresivos recurrentes causan angustia marcada en el individuo o deterioro en el funcionamiento laboral o interpersonal, o están asociados con consecuencias financieras o legales.
- E. La edad cronológica es de al menos 6 años (o equivalente nivel de desarrollo).
- F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de personalidad antisocial, trastorno límite de la personalidad) y no son atribuibles a otra afección médica (ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) oa los efectos fisiológicos de una sustancia (ej., una droga de abuso, un medicamento). Para niños de 6 a 18 años, el comportamiento agresivo que ocurre como parte de un trastorno de adaptación no debe considerarse para este diagnóstico.

Nota: este diagnóstico se puede hacer además del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno desadaptativo de las conductas de exposición autista cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superan los que generalmente se observan en estos trastornos y justifican pruebas clínicas independientes. atención.

Características diagnósticas

Los estallidos agresivos impulsivos (o basados en la ira) en el trastorno explosivo intermitente tienen un inicio rápido y, por lo general, un período prodrómico escaso o nulo. Los arrebatos generalmente duran menos de 30 minutos y comúnmente ocurren en respuesta a una provocación menor por parte de un íntimo o asociado cercano. Las personas con trastorno explosivo intermitente suelen tener episodios menos graves de agresiones verbales o no dañinas, no destructivas o físicas (Criterio A1) entre episodios destructivos/agresivos más graves (Criterio A2). El criterio A1 define frecuentes (es decir, dos veces por semana, en promedio, durante un período de 3 meses) arrebatos agresivos caracterizados por berrinches, diatribas,

discusiones o peleas, o agresión sin daño a los objetos o sin lesiones a los animales u otras personas. El criterio A2 define arrebatos agresivos impulsivos poco frecuentes (es decir, tres en un período de 1 año) caracterizados por dañar o destruir un objeto, independientemente de su valor tangible, o por

528

agredir/golpear o causar lesiones físicas a un animal oa otra persona. Independientemente de la naturaleza del estallido agresivo impulsivo, la característica central del trastorno explosivo intermitente es la falta de control del comportamiento agresivo impulsivo en respuesta a una provocación experimentada subjetivamente (es decir, un factor de estrés psicosocial) que normalmente no daría lugar a un estallido agresivo (Criterio B). Los estallidos agresivos son generalmente impulsivos o basados en la ira en lugar de premeditados o instrumentales (Criterio C) y causan una angustia significativa o deterioro en el funcionamiento laboral o interpersonal o están asociados con consecuencias financieras o legales (Criterio D). No se debe dar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente a personas menores de 6 años o de un nivel de desarrollo equivalente (Criterio E), ni a personas cuyos estallidos agresivos se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio F). No se debe dar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente a personas con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo o a personas cuyos estallidos agresivos impulsivos son atribuibles a otra afección médica o a los efectos fisiológicos de una sustancia (Criterio F). Además, los niños de 6 a 18 años de edad no deben recibir este diagnóstico cuando se producen arrebatos agresivos impulsivos en el contexto de un trastorno de adaptación (Criterio F).

Funciones asociadas

Los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias se asocian con el trastorno explosivo intermitente, aunque el inicio de estos trastornos suele ser más tardío que el del trastorno explosivo intermitente.

La investigación proporciona apoyo neurobiológico para la presencia de anomalías serotoninérgicas, globalmente y en el cerebro, específicamente en áreas del sistema límbico (cíngulo anterior) y la corteza orbitofrontal en individuos

con trastorno explosivo intermitente. Las respuestas de la amígdala a los estímulos de ira, durante la exploración de imágenes por resonancia magnética funcional, son mayores en individuos con trastorno explosivo intermitente en comparación con personas sanas. Además, el volumen de materia gris en varias regiones frontolímbicas se reduce y se correlaciona inversamente con medidas de agresión en individuos con trastorno explosivo intermitente, aunque estas diferencias cerebrales no siempre se observan.

Predominio

La prevalencia de 1 año para el trastorno explosivo intermitente en los Estados Unidos es de aproximadamente 2,6 %, con una prevalencia de por vida de 4,0 %. Las prevalencias de 1 año más altas de 3.9% y 6.9% (definición restringida) están presentes entre los adolescentes afroamericanos y negros caribeños, respectivamente, en los Estados Unidos, especialmente entre los hombres. Esto es consistente con tasas más altas de trastorno psiquiátrico a los 12 meses entre los hombres negros caribeños inmigrantes y su descendencia de segunda y tercera generación, posiblemente asociado con la movilidad social descendente y los efectos del racismo. Sin embargo, la prevalencia informada del trastorno de la conducta u otros trastornos disruptivos puede verse afectada por diagnósticos erróneos o sobrediagnósticos de personas de algunos entornos culturales. El trastorno explosivo intermitente es más frecuente entre las personas más jóvenes (p. ej., menores de 35 a 40 años), en comparación con las personas mayores de 50 años y las personas con educación secundaria o menos. En algunos estudios, la prevalencia del trastorno explosivo intermitente es mayor en hombres y niños que en mujeres y niñas; otros estudios no han encontrado diferencias por sexo o género.

Desarrollo y curso

El inicio de la conducta agresiva impulsiva, problemática y recurrente es más común al final de la niñez o la adolescencia y rara vez comienza por primera vez después de los 40 años. El curso del trastorno puede ser episódico, con períodos recurrentes de arrebatos agresivos impulsivos. El trastorno explosivo intermitente parece seguir un curso crónico y persistente durante muchos años.

También parece ser bastante común independientemente de la presencia o ausencia de

trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) u otros trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta (p. ej., trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Las personas con antecedentes de trauma físico y emocional durante los primeros 20 años de vida tienen un mayor riesgo de sufrir un trastorno explosivo intermitente. El desplazamiento a largo plazo del hogar y la separación de los miembros de la familia son factores de riesgo en algunos entornos de población de refugiados.

Genético y fisiológico. Los parientes de primer grado de personas con trastorno explosivo intermitente tienen un mayor riesgo de trastorno explosivo intermitente y los estudios de gemelos han demostrado una influencia genética sustancial para la agresión impulsiva.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura La menor prevalencia del trastorno explosivo intermitente en algunas regiones (Asia, Medio Oriente) o países (Rumania, Nigeria), en comparación con los Estados Unidos, sugiere que la información sobre conductas agresivas impulsivas, problemáticas y recurrentes no se obtiene en el interrogatorio o es menos probable que esté presente, debido a factores culturales.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Un estudio de 1460 voluntarios de investigación encontró que el trastorno explosivo intermitente comórbido con el trastorno de estrés postraumático se asoció con una tasa marcadamente elevada de intentos de suicidio en la vida (41%). El trastorno de estrés postraumático y el trastorno explosivo intermitente fueron los únicos trastornos asociados con el intento de suicidio entre los soldados con ideación suicida, aunque el papel del trastorno explosivo intermitente fue menos claro en los análisis multivariados.

Consecuencias funcionales de los explosivos intermitentes Trastorno

Social (p. ej., pérdida de amigos, parientes, inestabilidad marital), ocupacional (p. ej., descenso de categoría, pérdida del empleo), financiero (p. ej., debido al valor de los objetos

destruido) y legales (p. ej., demandas civiles como resultado de un comportamiento agresivo contra una persona o propiedad; cargos penales por agresión) a menudo se desarrollan como resultado del trastorno explosivo intermitente.

Diagnóstico diferencial No se debe

realizar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando los Criterios A1 y/o A2 solo se cumplen durante un episodio de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno psicótico) o cuando se pueden atribuir arrebatos agresivos impulsivos a otra condición médica o a los efectos fisiológicos de una sustancia o medicamento. Este diagnóstico tampoco debe hacerse, particularmente en niños y adolescentes de 6 a 18 años, cuando los estallidos agresivos impulsivos ocurren en el contexto de un trastorno de adaptación.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo A diferencia del trastorno explosivo intermitente, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente negativo (es decir, irritabilidad, ira) la mayor parte del día, casi todos los días, entre arrebatos impulsivos y agresivos. Un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo solo se puede dar cuando el inicio de arrebatos agresivos impulsivos, problemáticos y recurrentes es antes de los 10 años. Finalmente, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo por primera vez después de los 18 años. De lo contrario, estos diagnósticos son mutuamente excluyentes.

Trastorno antisocial de la personalidad o trastorno límite de la personalidad individuos

con trastorno antisocial de la personalidad o trastorno límite de la personalidad a menudo muestran síntomas recurrentes,

530

arrebatos impulsivos agresivos problemáticos. Sin embargo, el nivel de agresión impulsiva en individuos con trastorno de personalidad antisocial o trastorno límite de la personalidad es más bajo que en individuos con trastorno explosivo intermitente.

Delirio, trastorno neurocognitivo mayor y cambio de personalidad por otra condición médica, tipo agresivo.

No se debe realizar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando se considera que los arrebatos agresivos son el resultado de los efectos fisiológicos de otra afección médica diagnosticable (p. ej., lesión cerebral asociada con un cambio en la personalidad caracterizado por arrebatos agresivos; epilepsia parcial compleja). Las anomalías inespecíficas en el examen neurológico (p. ej., "signos blandos") y los cambios electroencefalográficos inespecíficos son compatibles con un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente a menos que exista una afección médica diagnosticable que explique mejor los estallidos agresivos impulsivos.

Intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias. No se debe hacer un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando los estallidos agresivos impulsivos casi siempre se asocian con intoxicación o abstinencia de sustancias (p. ej., alcohol, fenciclidina, cocaína y otros estimulantes, barbitúricos, inhalantes). Sin embargo, cuando también se produce un número suficiente de arrebatos agresivos impulsivos en ausencia de intoxicación o abstinencia de sustancias, y estos justifican una atención clínica independiente, se puede dar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante o trastorno del espectro autista.

Las personas con cualquiera de estos trastornos de inicio en la infancia pueden exhibir arrebatos agresivos impulsivos. Las personas con TDAH suelen ser impulsivas y, como resultado, también pueden exhibir arrebatos agresivos impulsivos. Si bien las personas con trastorno de la conducta pueden exhibir arrebatos agresivos impulsivos, la forma de agresión caracterizada por los criterios de diagnóstico es proactiva y depredadora. La agresión en el trastorno negativista desafiante se caracteriza típicamente por berrinches y discusiones verbales con figuras de autoridad, mientras que los estallidos agresivos impulsivos en el trastorno explosivo intermitente son en respuesta a una gama más amplia de provocaciones e incluyen agresión física. Se ha informado que el nivel de agresión impulsiva en individuos con antecedentes de uno o más de estos trastornos es más bajo que el de individuos comparables cuyos síntomas también cumplen los Criterios A a E del trastorno explosivo intermitente. En consecuencia, si también se cumplen los Criterios A a E, y los arrebatos agresivos impulsivos requieren atención clínica independiente, se puede dar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente.

Comorbilidad

Los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y los trastornos por uso de sustancias son más comúnmente comórbidos con el trastorno explosivo intermitente en muestras comunitarias. Además, las personas con trastorno de personalidad antisocial o trastorno límite de la personalidad y las personas con antecedentes de trastornos con conductas perturbadoras (p. ej., TDAH, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante) tienen un mayor riesgo de trastorno explosivo intermitente comórbido.

Desorden de conducta

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para la edad, como se manifiesta por la presencia de al menos tres de los siguientes 15 criterios en los últimos 12 meses de cualquiera de las siguientes categorías, con al menos un criterio presente en los últimos 6 meses:

531

Agresión a personas y animales

1. Con frecuencia acosa, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. Ha usado un arma que puede causar daño físico grave a otros (p. ej., un bate, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, una pistola).
4. Ha sido físicamente cruel con las personas.
5. Ha sido físicamente cruel con los animales.
6. Ha robado mientras se enfrentaba a una víctima (p. ej., asalto, robo de cartera, extorsión, robo a mano armada).

7. Ha obligado a alguien a tener actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

8. Ha iniciado deliberadamente un incendio con la intención de causar daños graves.

9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de otros (aparte de prender fuego).

Engaño o Robo

10. Ha irrumpido en la casa, edificio o automóvil de otra persona.

11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para eludir obligaciones (es decir, “contra” otros).

12. Ha robado artículos de valor no trivial sin confrontar a la víctima (p. ej., hurto, pero sin allanamiento de morada; falsificación).

Infracciones graves de las normas

13. A menudo sale de noche a pesar de las prohibiciones de los padres, comenzando antes de los 13 años.

14. Se ha escapado de casa durante la noche al menos dos veces mientras vivía en el hogar de los padres o en el hogar sustituto de los padres, o una vez sin regresar por un período prolongado.

15. Frecuentemente falta a la escuela, comenzando antes de los 13 años.

B. La alteración del comportamiento causa un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

C. Si la persona tiene 18 años o más, no se cumplen los criterios para el trastorno de personalidad antisocial.

Especifique si: F91.1

Tipo de inicio en la niñez: las personas muestran al menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de los 10 años.

F91.2 Tipo de inicio en la adolescencia: las personas no muestran síntomas característicos del trastorno de conducta antes de los 10 años.

F91.9 Comienzo no especificado: se cumplen los criterios para un diagnóstico de trastorno de conducta, pero no hay suficiente información

disponibles para determinar si el inicio del primer síntoma fue antes o después de los 10 años.

Especifique

si: **Con emociones prosociales limitadas:** para calificar para este especificador, una persona debe haber mostrado al menos dos de las siguientes características de manera persistente durante al menos 12 meses y en múltiples relaciones y entornos. Estas características reflejan el patrón típico de funcionamiento interpersonal y emocional del individuo durante este período y no solo ocurrencias ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios del especificador, se necesitan múltiples fuentes de información. Además del autoinforme del individuo, es necesario considerar los informes de otras personas que han conocido al individuo durante largos períodos de tiempo (p. ej., padres, maestros, compañeros de trabajo, miembros de la familia ampliada, compañeros).

532

Ausencia de remordimiento o culpa: No se siente mal o culpable cuando hace algo mal (excluya el remordimiento cuando se expresa solo cuando lo atrapan y/o enfrenta un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación por las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no se arrepiente después de lastimar a alguien o no le importan las consecuencias de romper las reglas.

Insensible—falta de empatía: Ignora y no se preocupa por los sentimientos de los demás. El individuo se describe como frío e indiferente. El individuo parece más preocupado por los efectos de sus acciones sobre sí mismo, en lugar de sus efectos sobre los demás, incluso cuando resultan en un daño sustancial a los demás.

Despreocupado por el desempeño: No muestra preocupación por el desempeño deficiente/problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. el individuo hace

No pone el esfuerzo necesario para desempeñarse bien, incluso cuando las expectativas son claras, y por lo general culpa a los demás por su desempeño deficiente.

Afecto superficial o deficiente: no expresa sentimientos ni muestra emociones a los demás, excepto en formas que parecen superficiales, poco sinceras o superficiales (p. ej., las acciones contradicen la emoción mostrada; puede activar o desactivar las emociones rápidamente) o cuando es emocional. las expresiones se usan para obtener ganancias (p. ej., las emociones se muestran para manipular o intimidar a otros).

Especifique la gravedad actual:

Leve: existen pocos problemas de conducta, si los hay, que excedan los necesarios para hacer el diagnóstico, y los problemas de conducta causan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentir, ausentarse sin permiso, permanecer fuera de casa después del anochecer sin permiso, infringir otras reglas) .

Moderado: El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son intermedios entre los especificados en "leve" y los de "grave" (p. ej., robar sin confrontar a una víctima, vandalismo).

Severo: Muchos problemas de conducta en exceso de los requeridos para hacer el diagnóstico están presentes, o los problemas de conducta causan un daño considerable a otros (p. ej., sexo forzado, crueldad física, uso de un arma, robo mientras se enfrenta a una víctima, allanamiento de morada).

Subtipos Se

proporcionan tres subtipos de trastorno de conducta en función de la edad de inicio del trastorno. Tanto los subtipos de inicio en la niñez como los de inicio en la adolescencia pueden ocurrir en forma leve, moderada o grave. Se designa un subtipo de inicio no especificado cuando no hay información suficiente para determinar la edad de inicio.

En el trastorno de conducta de inicio en la infancia, los individuos suelen ser hombres, tienen relaciones perturbadas con sus compañeros, pueden haber tenido un trastorno negativista desafiante

durante la primera infancia y, por lo general, tienen síntomas que cumplen todos los criterios de trastorno de conducta antes de la pubertad. Las personas con el tipo de inicio en la niñez pueden ser más propensas a mostrar agresión hacia los demás que las personas con el tipo de inicio en la adolescencia. Muchos niños con este subtipo también tienen un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) u otras dificultades del desarrollo neurológico. Los individuos con el tipo de inicio en la niñez tienen más probabilidades de tener un trastorno de conducta persistente en la edad adulta que aquellos con el tipo de inicio en la adolescencia. Las personas con trastorno de conducta de inicio en la adolescencia tienden a tener relaciones con sus compañeros más normativas (aunque a menudo muestran problemas de conducta en compañía de otros).

Especificadores

Una minoría de individuos con trastorno de conducta exhibe características que califican para el especificador "con emociones prosociales limitadas". Los indicadores de este especificador son aquellos que a menudo se han etiquetado como rasgos insensibles y sin emociones en la investigación. Otras características de la personalidad, como la búsqueda de emociones fuertes, la valentía y la insensibilidad al castigo, también pueden distinguir a aquellos con las características descritas en el especificador. Individuos con

533

las características descritas en este especificador pueden ser más propensas que otras personas con trastorno de conducta a involucrarse en una agresión planificada para obtener una ganancia instrumental. Las personas con un trastorno de conducta de cualquier subtipo o nivel de gravedad pueden tener características que califiquen para el especificador "con emociones prosociales limitadas", aunque es más probable que las personas con el especificador tengan un tipo de inicio en la infancia y una calificación del especificador de gravedad de grave.

Aunque la validez del autoinforme para evaluar la presencia del especificador ha sido respaldada en algunos contextos de investigación, es posible que las personas con trastorno de conducta con este especificador no admitan fácilmente los rasgos en una entrevista clínica. Por lo tanto, para evaluar los criterios del especificador, se necesitan múltiples fuentes de información. Además, debido a que los indicadores del especificador son características que reflejan el patrón típico de funcionamiento interpersonal y emocional del individuo, es importante considerar los informes

por otras personas que han conocido al individuo durante largos períodos de tiempo ya través de relaciones y entornos (p. ej., padres, maestros, compañeros de trabajo, miembros de la familia extensa, compañeros).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la conducta es un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para la edad (Criterio A). Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos principales: conducta agresiva que causa o amenaza con causar daño físico a otras personas o animales (Criterios A1–A7); conducta no agresiva que cause pérdida o daño a la propiedad (Criterios A8–A9); engaño o robo (Criterios A10–A12); y violaciones graves de las reglas (Criterios A13–A15). Tres o más comportamientos característicos deben haber estado presentes durante los últimos 12 meses, con al menos un comportamiento presente en los últimos 6 meses. La alteración del comportamiento causa un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional (Criterio B). El patrón de comportamiento suele estar presente en una variedad de entornos, como el hogar, la escuela o la comunidad. Debido a que es probable que las personas con trastornos de la conducta minimicen sus problemas de conducta, el médico a menudo debe confiar en informantes adicionales. Sin embargo, el conocimiento de los informantes sobre los problemas de conducta del individuo puede ser limitado si no han supervisado adecuadamente al individuo o si el individuo ha ocultado comportamientos sintomáticos.

Las personas con trastorno de conducta a menudo inician un comportamiento agresivo y reaccionan agresivamente con los demás. Pueden mostrar un comportamiento de acoso, amenaza o intimidación (incluido el acoso a través de mensajes en las redes sociales basadas en la web) (Criterio A1); iniciar peleas físicas frecuentes (Criterio A2); usar un arma que pueda causar daño físico grave (p. ej., un bate, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, una pistola) (Criterio A3); ser físicamente cruel con las personas (Criterio A4) o los animales (Criterio A5); robar mientras se enfrenta a una víctima (p. ej., atraco, robo de cartera, extorsión, robo a mano armada) (Criterio A6); u obligar a alguien a tener actividad sexual (Criterio A7). La violencia física puede tomar la forma de violación, agresión o, en casos excepcionales, homicidio. La destrucción deliberada de la propiedad de otros puede incluir el inicio deliberado de un incendio con la intención de causar daños graves (Criterio A8) o la destrucción deliberada

de la propiedad de otras personas de otras maneras (p. ej., rompiendo las ventanas de un automóvil, destrozando la propiedad de la escuela) (Criterio A9). Los actos de engaño o robo pueden incluir allanamiento de morada, edificio o automóvil de otra persona (Criterio A10); mentir o romper promesas con frecuencia para obtener bienes o favores o para evitar deudas u obligaciones (p. ej., “engaños” a otras personas) (Criterio A11); o robar artículos de valor no trivial sin confrontar a la víctima (p. ej., hurto, falsificación, fraude) (Criterio A12).

Las personas con trastornos de conducta también pueden cometer con frecuencia violaciones graves de las normas (p. ej., escolares, de los padres, del lugar de trabajo). Los niños con trastornos de conducta a menudo tienen un patrón, que comienza antes de los 13 años, de quedarse despierto hasta tarde a pesar de las prohibiciones de los padres (Criterio A13). Los niños también pueden mostrar un patrón de huir de casa durante la noche (Criterio A14). Para que se considere un síntoma de trastorno de conducta, la fuga debe haber ocurrido al menos dos veces (o solo una si la persona no regresó durante un período prolongado). Los episodios de fuga que ocurren como consecuencia directa del abuso físico o sexual generalmente no califican para este criterio. Los niños con trastornos de conducta a menudo pueden faltar a la escuela antes de los 13 años (Criterio A15).

534

Funciones asociadas

Especialmente en situaciones ambiguas, las personas agresivas con trastorno de conducta con frecuencia perciben erróneamente las intenciones de los demás como más hostiles y amenazantes de lo que es el caso y responden con agresión que luego sienten que es razonable y justificada. Las características de personalidad del rasgo emocionalidad negativa y el autocontrol deficiente, incluida la poca tolerancia a la frustración, la irritabilidad, los arrebatos de mal genio, la suspicacia, la insensibilidad al castigo, la búsqueda de emociones y la imprudencia, con frecuencia coexisten con el trastorno de conducta.

El abuso de sustancias es a menudo una característica asociada, particularmente en las adolescentes.

Predominio

Las estimaciones de prevalencia de la población de un año en los Estados Unidos y otros países en gran medida de ingresos altos oscilan entre el 2 % y más del 10 %, con una

mediana del 4%. En los Estados Unidos, se encontró que la prevalencia a lo largo de la vida era del 12,0 % entre los hombres y del 7,1 % entre las mujeres. La prevalencia del trastorno de conducta en muestras mayoritariamente occidentales parece ser bastante constante en varios países. Las tasas de prevalencia aumentan desde la niñez hasta la adolescencia.

La prevalencia del trastorno de conducta de inicio en la adolescencia se asocia con mayor frecuencia con factores estresantes psicosociales, por ejemplo, ser miembro de un grupo étnico socialmente oprimido que enfrenta discriminación. Pocos niños con trastorno de conducta perjudicial reciben tratamiento.

Desarrollo y curso El inicio del trastorno

de conducta puede ocurrir ya en los años preescolares, pero los primeros síntomas significativos generalmente surgen durante el período que va desde la infancia intermedia hasta la adolescencia intermedia. El trastorno negativista desafiante es un precursor común del tipo de trastorno de conducta de inicio en la infancia. Los síntomas físicamente agresivos son más comunes que los síntomas no agresivos durante la niñez, pero los síntomas no agresivos se vuelven más comunes que los síntomas agresivos durante la adolescencia.

El trastorno de conducta se puede diagnosticar en adultos; sin embargo, los síntomas del trastorno de la conducta suelen aparecer en la niñez o la adolescencia, y el inicio es raro después de los 16 años. El curso del trastorno de conducta después del inicio es variable. En la mayoría de los individuos, el trastorno remite en la edad adulta.

Muchos individuos con trastorno de la conducta, en particular aquellos con un tipo de inicio en la adolescencia y aquellos con pocos síntomas y más leves, logran un ajuste social y ocupacional adecuado en la edad adulta. Sin embargo, el tipo de inicio en la infancia predice un peor pronóstico y un mayor riesgo de comportamiento delictivo, trastorno de conducta y trastornos relacionados con sustancias en la edad adulta. Las personas con trastorno de la conducta corren el riesgo de sufrir trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del control de los impulsos, trastornos psicóticos, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados con sustancias en la edad adulta.

Los síntomas del trastorno varían con la edad a medida que el individuo desarrolla una mayor fuerza física, habilidades cognitivas y madurez sexual.

Los comportamientos sintomáticos que surgen primero tienden a ser menos graves (p. ej., mentir, robar en tiendas), mientras que los problemas de conducta que surgen al final tienden a ser más graves (p. ej., violación, robo mientras se enfrenta a una víctima). Sin embargo, hay

amplias diferencias entre los individuos, algunos de los cuales se involucran en los comportamientos más dañinos a una edad temprana (lo que predice un peor pronóstico). Cuando las personas con trastorno de la conducta llegan a la edad adulta, pueden manifestarse en el lugar de trabajo y en el hogar síntomas de agresión, destrucción de la propiedad, engaño y violación de las normas, incluida la violencia contra compañeros de trabajo, parejas e hijos, de modo que el trastorno de personalidad antisocial puede ser considerado.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores de riesgo temperamentales incluyen un temperamento infantil difícil de controlar y una inteligencia inferior a la media, en particular con respecto al coeficiente intelectual verbal.

Ambiental. Los factores de riesgo a nivel familiar incluyen el rechazo y la negligencia de los padres, prácticas inconsistentes de crianza de los hijos, disciplina severa, abuso físico o sexual, falta de supervisión,

535

vida institucional temprana, cambios frecuentes de cuidadores, tamaño de familia grande, delincuencia de los padres y ciertos tipos de psicopatología familiar (p. ej., trastornos relacionados con sustancias). Los factores de riesgo a nivel comunitario incluyen el rechazo de los compañeros, la asociación con un grupo de compañeros delincuentes, la desventaja del vecindario y la exposición a la violencia. Ambos tipos de factores de riesgo tienden a ser más comunes y graves entre las personas con el subtipo de trastorno de conducta de inicio en la infancia. Por otro lado, la migración de los padres es un factor de riesgo tanto para los hijos que se quedan en el país de origen como para los que migraron con sus padres, siendo los problemas de conducta atribuibles a los procesos de aculturación. Sin embargo, los inmigrantes y refugiados de primera generación a menudo tienen menos problemas de conducta que sus pares.

Genético y fisiológico. El trastorno de conducta está influenciado tanto por factores genéticos como ambientales. Las asociaciones genéticas pueden ser más fuertes para los síntomas agresivos. El riesgo aumenta en niños con un parente biológico o adoptivo o un hermano con trastorno de conducta. El trastorno también parece ser más común en hijos de padres biológicos con trastorno grave por consumo de alcohol, trastornos depresivos y bipolares, o esquizofrenia o

padres biológicos que tienen antecedentes de TDAH o trastorno de conducta. Los antecedentes familiares caracterizan particularmente a las personas con el subtipo de trastorno de conducta de inicio en la infancia. Se ha observado de manera confiable una frecuencia cardíaca en reposo más lenta en individuos con trastorno de conducta en comparación con aquellos sin el trastorno, y este marcador no es característico de ningún otro trastorno m... También está bien documentado el condicionamiento autonómico reducido del miedo, particularmente la baja conductancia de la piel. Sin embargo, estos hallazgos psicofisiológicos no son diagnósticos del trastorno. Las diferencias estructurales y funcionales en las áreas del cerebro asociadas con la regulación afectiva y el procesamiento afectivo, particularmente las conexiones frontotemporales-límbicas que involucran la corteza prefrontal ventral y la amígdala del cerebro, se han observado consistentemente en individuos con trastorno de conducta en comparación con aquellos sin el trastorno. Sin embargo, los hallazgos de neuroimagen no son diagnósticos del trastorno.

Modificadores de curso. La persistencia es más probable para las personas con comportamientos que cumplen los criterios del subtipo de inicio en la infancia y califican para el especificador "con emociones prosociales limitadas". El riesgo de que persista el trastorno de conducta también aumenta por el TDAH concurrente y por el abuso de sustancias.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la

cultura El diagnóstico de trastornos de conducta puede a veces aplicarse incorrectamente a individuos en entornos donde los patrones de conducta disruptiva se consideran casi normativos (p. ej., en áreas muy amenazantes, con un alto índice de criminalidad o en zonas de guerra). Por lo tanto, se debe considerar el contexto en el que se han producido los comportamientos indeseables. En jóvenes de grupos étnicos y racializados desatendidos, las reacciones al racismo que involucran ira y afrontamiento basado en la resistencia pueden ser mal diagnosticadas como trastorno de conducta por profesionales desinformados, como lo sugiere la asociación entre experiencias de discriminación y trastorno de conducta de inicio en la adolescencia en estos grupos.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Los niños y los hombres con un diagnóstico de trastorno de la conducta presentan con frecuencia peleas, robos, vandalismo y problemas de disciplina escolar. Las niñas y las mujeres con un diagnóstico de trastorno de la conducta tienen más probabilidades de mentir, ausentarse sin permiso, huir y prostituirse. Mientras que los niños y los hombres y

las niñas y las mujeres exhiben agresión relacional (comportamiento que daña las relaciones sociales de los demás), las niñas y las mujeres exhiben una agresión física considerablemente menor que los niños y los hombres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio ocurren a una tasa más alta de lo esperado en personas con trastornos de conducta. Un gran estudio realizado en Taiwán que siguió a adolescentes con trastorno de conducta durante 10 años encontró que el trastorno de conducta estaba asociado

536

con una tasa más alta de intentos de suicidio incluso después de ajustar por trastornos comórbidos del estado de ánimo, la ansiedad y el uso de sustancias.

Consecuencias funcionales del trastorno de la conducta Los comportamientos del trastorno de la conducta pueden llevar a la suspensión o expulsión de la escuela, problemas de adaptación al trabajo, dificultades legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no planeado y lesiones físicas por accidentes o peleas. Estos problemas pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias o vivir en un hogar de padres o de acogida. El trastorno de conducta a menudo se asocia con un inicio temprano del comportamiento sexual, el consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de sustancias ilegales y los actos imprudentes y de riesgo. Las tasas de accidentes parecen ser más altas entre las personas con trastorno de conducta en comparación con las que no tienen el trastorno. Estas consecuencias funcionales del trastorno de conducta pueden aumentar el riesgo de problemas de salud cuando las personas alcanzan la mediana edad.

No es raro que las personas con trastornos de conducta entren en contacto con el sistema de justicia penal por participar en un comportamiento ilegal.

El trastorno de conducta es una razón común para derivar a tratamiento y se diagnostica con frecuencia en centros de salud mental para niños, especialmente en la práctica forense. Se asocia con un deterioro que es más severo y crónico que el experimentado por otros niños derivados a la clínica.

Diagnóstico diferencial

Trastorno negativista desafiante.

El trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiantes están relacionados con síntomas que ponen al individuo en conflicto con los adultos y otras figuras de autoridad (p. ej., padres, maestros, supervisores de trabajo). Los comportamientos del trastorno negativista desafiantes suelen ser de naturaleza menos grave que los de las personas con trastorno de conducta y no incluyen agresión hacia personas o animales, destrucción de propiedad o un patrón de robo o engaño. Además, el trastorno negativista desafiantes incluye problemas de desregulación de las emociones (es decir, estado de ánimo enojado e irritable) que no están incluidos en la definición de trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno de oposición desafiantes como para el trastorno de conducta, se pueden dar ambos diagnósticos.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. Aunque los niños con TDAH a menudo exhiben un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perturbador, este comportamiento en sí mismo no viola las normas sociales o los derechos de los demás y, por lo tanto, no suele cumplir con los criterios de trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios tanto para el TDAH como para el trastorno de la conducta, se deben dar ambos diagnósticos.

Trastornos depresivos y bipolares. La irritabilidad, la agresión y los problemas de conducta pueden ocurrir en niños o adolescentes con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los problemas de comportamiento asociados con estos trastornos del estado de ánimo generalmente se pueden distinguir del patrón de problemas de conducta que se observan en el trastorno de conducta en función de su curso. Específicamente, las personas con trastorno de conducta mostrarán niveles sustanciales de problemas de conducta agresivos o no agresivos durante los períodos en los que no hay alteración del estado de ánimo, ya sea históricamente (es decir, un historial de problemas de conducta anteriores al inicio de la alteración del estado de ánimo) o concurrentemente (es decir, mostrar de algunos problemas de conducta que son premeditados y no ocurren durante períodos de intensa excitación emocional). En aquellos casos en los que se cumplen criterios de trastorno de conducta y trastorno del estado de ánimo, se pueden dar ambos diagnósticos.

Trastorno explosivo intermitente. Tanto el trastorno de conducta como el trastorno explosivo intermitente implican altas tasas de agresión. Sin embargo, la agresión en individuos con trastorno explosivo intermitente se limita a la agresión impulsiva y no es premeditada, y no se comete para lograr algún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).

Además, la definición de trastorno explosivo intermitente no incluye los síntomas no agresivos del trastorno de conducta. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente debe darse solo cuando los estallidos agresivos impulsivos recurrentes justifiquen una atención clínica independiente.

537

Trastornos de adaptación. Se debe considerar el diagnóstico de un trastorno de adaptación (con alteración de la conducta o con una combinación de alteración de las emociones y la conducta) si se desarrollan problemas de conducta clínicamente significativos que no cumplen los criterios de otro trastorno específico en asociación clara con la aparición de un factor estresante psicosocial y no resuelven dentro de los 6 meses posteriores a la terminación del factor estresante (o sus consecuencias). El trastorno de conducta se diagnostica solo cuando los problemas de conducta representan un patrón repetitivo y persistente que se asocia con un deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

El TDAH de

comorbilidad y el trastorno negativista desafiante son comunes en individuos con trastorno de conducta, y esta presentación comórbida predice peores resultados. Las personas que muestran las características de personalidad asociadas con el trastorno de personalidad antisocial a menudo violan los derechos básicos de los demás o violan las principales normas sociales apropiadas para la edad y, como resultado, su patrón de comportamiento a menudo cumple con los criterios para el trastorno de conducta. El trastorno de conducta también puede coexistir con uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastorno específico del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o bipolares y trastornos relacionados con sustancias. El rendimiento académico, particularmente en lectura y otras habilidades verbales, a menudo está por debajo del nivel esperado en función de la edad y la inteligencia y puede justificar el diagnóstico adicional de un trastorno específico del aprendizaje o un trastorno de la comunicación.

Desorden de personalidad antisocial

Los criterios y el texto para el trastorno de personalidad antisocial se pueden encontrar en el capítulo "Trastornos de la personalidad". Debido a que este trastorno está estrechamente relacionado con el espectro de trastornos de conducta "externalizantes" de este capítulo, así como con los trastornos del capítulo adjunto "Trastornos adictivos y relacionados con sustancias", se incluye aquí, así como en el capítulo "Trastornos de la personalidad". Trastornos."

Piromanía

Criterios de diagnóstico

F63.1

- A. Incendios deliberados e intencionales en más de una ocasión.
- B. Tensión o excitación afectiva ante el acto.
- C. Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y sus contextos situacionales (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).
- D. Placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus secuelas.
- E. El prender fuego no se realiza con fines de lucro, como expresión de una ideología sociopolítica, para encubrir una actividad delictiva, para expresar ira o venganza, para mejorar las circunstancias de vida de uno, en respuesta a un delirio o alucinación, o como resultado de una discapacidad. juicio (p. ej., en el trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], intoxicación por sustancias).
- F. El inicio del incendio no se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial.

Características diagnósticas

La característica esencial de la piromanía es la presencia de múltiples episodios de provocación de fuego deliberada e intencional (Criterio A). individuos con este

trastorno experimenta tensión o excitación afectiva antes de provocar un incendio (Criterio B). Hay una fascinación con, interés en,

538

curiosidad o atracción por el fuego y sus contextos situacionales (por ejemplo, parafernalia, usos, consecuencias) (Criterio C). Las personas con este trastorno a menudo son "observadores" habituales de los incendios en sus vecindarios, pueden activar falsas alarmas y disfrutar de las instituciones, el equipo y el personal relacionado con el fuego. Pueden pasar tiempo en el departamento de bomberos local, provocar incendios para afiliarse al departamento de bomberos o incluso convertirse en bomberos. Las personas con este trastorno experimentan placer, gratificación o alivio cuando encienden el fuego, son testigos de sus efectos o participan en sus secuelas (Criterio D). El prender fuego no se hace con fines de lucro, como expresión de una ideología sociopolítica, para encubrir una actividad delictiva, para expresar ira o venganza, para mejorar las circunstancias de vida de uno, o en respuesta a un delirio o una alucinación (Criterio E).

El inicio del incendio no se debe a una alteración del juicio (p. ej., en un trastorno neurocognitivo mayor o un trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual]). No se establece el diagnóstico si el inicio del incendio se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial (Criterio F).

Funciones asociadas

Las personas con piromania pueden hacer una preparación previa considerable para iniciar un incendio. Pueden ser indiferentes a las consecuencias para la vida o la propiedad causadas por el fuego, o pueden obtener satisfacción de la destrucción de la propiedad resultante. Los comportamientos pueden provocar daños a la propiedad, consecuencias legales o lesiones o la pérdida de la vida del iniciador del incendio o de otras personas. Las personas que provocan incendios impulsivamente (que pueden o no tener piromania) a menudo tienen antecedentes actuales o pasados de trastorno por consumo de alcohol.

Predominio

Se desconoce la prevalencia poblacional de la piromania. La prevalencia a lo largo de la vida del comportamiento provocador de incendios, que es sólo un componente de

piromanía y no suficiente para un diagnóstico por sí mismo, se informó como 1,0%-1,1% en una muestra de población. El comportamiento de prender fuego ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres (prevalencia de por vida 1,7% frente a 0,4%); sin embargo, se desconoce si esto también es cierto para la piromanía. Las comorbilidades más comunes del comportamiento provocador de incendios fueron el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por uso de sustancias, el trastorno bipolar y el trastorno por juego. En contraste con la provocación de incendios, la piromanía como diagnóstico primario parece ser muy rara.

Entre una muestra de personas en un hospital finlandés que llegaron al sistema penal debido a incendios repetidos, solo el 3,3% tenía síntomas que cumplían con todos los criterios de piromanía. En un estudio estadounidense, el 3,4 % de una muestra de adultos hospitalizados por motivos psiquiátricos tenía síntomas que cumplían todos los criterios de piromanía actual.

Desarrollo y curso Aunque los datos son

limitados, algunas investigaciones sugieren que la adolescencia tardía puede ser la edad típica de aparición de la piromanía. La relación entre encender fuego en la infancia y la piromanía en la edad adulta no ha sido documentada.

En individuos con piromanía, los incidentes de provocación de incendios son episódicos y pueden aumentar y disminuir en frecuencia. El curso longitudinal es desconocido. Aunque provocar incendios es un problema importante en niños y adolescentes (más del 40% de los arrestados por delitos de incendio premeditado en los Estados Unidos son menores de 18 años), la piromanía en la infancia parece ser rara. La provocación de incendios juveniles generalmente se asocia con un trastorno de conducta, un trastorno por déficit de atención/hiperactividad o un trastorno de adaptación.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género Si bien

el prender fuego se asocia con el comportamiento antisocial en hombres y mujeres, difieren en algunos de los comportamientos antisociales que acompañan al prender fuego.

Se desconoce si esto es válido para la piromanía, que es un subconjunto de aquellos con prender fuego.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Un estudio de una muestra consecutiva de hombres que provocaron incendios que se sometieron a una evaluación forense comparó cada caso con cuatro grupos de edad, sexo y lugar de nacimiento.

controles emparejados y encontró que

539

La provocación de incendios se asoció durante el seguimiento con tasas más altas de suicidio y también de intento de suicidio. Se desconoce si estas diferencias se aplican a la piromanía.

Diagnóstico diferencial

Otras causas de incendio intencional. Es importante descartar otras causas de incendio antes de dar el diagnóstico de piromanía. El incendio intencional puede ocurrir con fines de lucro, sabotaje o venganza; para encubrir un crimen; para hacer una declaración política (por ejemplo, un acto de terrorismo o protesta); o para llamar la atención o el reconocimiento (p. ej., prender un fuego para descubrirlo y salvar el día). El prender fuego también puede ocurrir como parte de la experimentación del desarrollo en la infancia (p. ej., jugar con fósforos, encendedores o fuego).

Otros trastornos mentales. No se da un diagnóstico separado de piromanía cuando el inicio de un incendio ocurre como parte de un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial, o si ocurre en respuesta a un delirio o una alucinación (p. ej., en la esquizofrenia) o es atribuible a los efectos fisiológicos de otra afección médica (p. ej., epilepsia). El diagnóstico de piromanía tampoco se debe dar cuando el inicio de un incendio se debe a un deterioro del juicio asociado con un trastorno neurocognitivo importante, un trastorno del desarrollo intelectual o una intoxicación por sustancias.

Comorbilidad

Parece haber una alta co-ocurrencia de trastornos por uso de sustancias, trastorno del juego, trastornos depresivos y bipolares, y otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta con piromanía.

Cleptomanía

Criterios de diagnóstico

F63.2

- A. Fracaso recurrente para resistir los impulsos de robar objetos que no son necesarios para uso personal o por su valor monetario.
- B. Aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo.
- C. Placer, gratificación o desahogo al momento de cometer el robo.
- D. El robo no se comete para expresar ira o venganza y no es en respuesta a un delirio o una alucinación.
- E. El robo no se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial.

Características

diagnósticas La característica esencial de la cleptomanía es la incapacidad recurrente para resistir los impulsos de robar objetos, aunque los objetos no se necesiten para uso personal o por su valor monetario (Criterio A). El individuo experimenta una creciente sensación subjetiva de tensión antes del robo (Criterio B) y siente placer, gratificación o alivio al cometer el robo (Criterio C). El robo no se comete para expresar ira o venganza, no se realiza en respuesta a un delirio o alucinación (Criterio D), y no se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial (Criterio E). Los objetos son robados a pesar de que normalmente tienen poco valor para el individuo, que podría haberlos pagado y, a menudo, los regala o los desecha. Ocasionalmente, el individuo puede acumular los objetos robados o devolverlos subrepticiamente.

Si bien las personas con este trastorno generalmente evitarán robar cuando sea probable un arresto inmediato (p. ej., a la vista de un oficial de policía), por lo general no planean los robos con anticipación ni toman la iniciativa por completo.

540

en cuenta las posibilidades de aprehensión. El robo se realiza sin la ayuda o colaboración de otros.

Funciones asociadas

Las personas con cleptomanía típicamente intentan resistir el impulso de robar y son conscientes de que el acto está mal y no tiene sentido. El individuo frecuentemente teme ser aprehendido y muchas veces se siente deprimido o culpable por los robos. Las vías de los neurotransmisores asociadas con las adicciones conductuales, incluidas las asociadas con los sistemas de serotonina, dopamina y opioides, también parecen desempeñar un papel en la cleptomanía.

Predominio

En los Estados Unidos y Canadá, la cleptomanía ocurre en alrededor del 4% al 24% de las personas arrestadas por robar en tiendas. Su prevalencia en la población general de EE. UU. es muy rara, aproximadamente del 0,3% al 0,6%. Las mujeres superan en número a los hombres en una proporción de 3:1.

Desarrollo y curso La edad de inicio de

la cleptomanía es variable, pero el trastorno a menudo comienza en la adolescencia. Sin embargo, el trastorno puede comenzar en la niñez, la adolescencia o la edad adulta y, en casos raros, al final de la edad adulta. Hay poca información sistemática sobre el curso de la cleptomanía, pero se han descrito tres cursos típicos: esporádico con episodios breves y largos períodos de remisión; episódico con períodos prolongados de robo y períodos de remisión; y crónica con algún grado de fluctuación. El trastorno puede continuar durante años, a pesar de las múltiples condenas por hurto.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos

Parece haber una tasa más alta de trastornos por consumo de alcohol en familiares de primer grado de personas con cleptomanía que en la población general.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas La cleptomanía se ha

asociado con un mayor riesgo de intentos de suicidio.

Consecuencias funcionales de la cleptomanía El trastorno puede

causar dificultades legales, familiares, profesionales y personales.

Diagnóstico diferencial

Robo ordinario.

La cleptomanía debe distinguirse de los actos ordinarios de robo o robo en tiendas. El robo ordinario (ya sea planificado o impulsivo) es deliberado y está motivado por la utilidad del objeto o su valor monetario. Algunas personas, especialmente los adolescentes, también pueden robar por desafío, como un acto de rebelión o como un rito de iniciación. El diagnóstico no se realiza a menos que también estén presentes otros rasgos característicos de la cleptomanía. La cleptomanía es rara, mientras que el hurto en tiendas es relativamente común.

Proceso de enfermedad. En la simulación, los individuos pueden simular los síntomas de cleptomanía para evitar el enjuiciamiento criminal.

Trastorno antisocial de la personalidad y trastorno de la conducta. El trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de la conducta se distinguen de la cleptomanía por un patrón general de conducta antisocial.

Episodios maníacos, episodios psicóticos y trastorno neurocognitivo mayor. La cleptomanía debe distinguirse del robo intencional o involuntario que puede ocurrir durante una

541

episodio maníaco, en respuesta a delirios o alucinaciones (p. ej., en la esquizofrenia), o como resultado de un trastorno neurocognitivo importante.

Comorbilidad La

cleptomanía puede estar asociada con la compra compulsiva, así como con los trastornos depresivos y bipolares (especialmente el trastorno depresivo mayor), los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación (en particular, la bulimia nerviosa), los trastornos de personalidad, los trastornos por uso de sustancias (especialmente el trastorno por consumo de alcohol) y otros trastornos disruptivos. , control de impulsos y trastornos de la conducta.

Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta específico

F91.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica disruptiva, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría de otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta específico. Esto se hace registrando “otro trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta especificado” seguido de la razón específica (p. ej., “estallido de comportamiento recurrente de frecuencia insuficiente”).

Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado

F91.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica disruptiva, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría de trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta específico, e incluye presentaciones en las que no es información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en entornos de salas de emergencia).

Relacionado con sustancias y adictivo Trastornos

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan 10 clases separadas de drogas: alcohol; cafeína; canabis; alucinógenos (con categorías separadas para fenciclidina [o arilciclohexilaminas de acción similar] y otros alucinógenos); inhalantes; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes (sustancias de tipo anfetamínico, cocaína y otros estimulantes); tabaco; y otras sustancias (o desconocidas). Estas 10 clases no son completamente distintas. Todas las drogas que se toman en exceso tienen en común la capacidad de activar directamente los sistemas de recompensa del cerebro, los cuales están involucrados en el refuerzo de conductas y el establecimiento de recuerdos. En lugar de lograr la activación del sistema de recompensas a través de comportamientos adaptativos, estas sustancias producen una activación tan intensa del sistema de recompensas que se pueden descuidar las actividades normales. Los mecanismos farmacológicos por los cuales cada clase de drogas produce una recompensa son diferentes, pero las drogas generalmente activan el sistema y producen sensaciones de placer, a menudo denominadas "subidón". Además, los estudios sugieren que las raíces neurobiológicas de los trastornos por uso de sustancias en algunas personas pueden verse en sus comportamientos mucho antes del inicio del uso real de sustancias (p. ej., niveles más bajos de autocontrol pueden reflejar deficiencias en los mecanismos inhibidores del cerebro); la investigación también sugiere el impacto negativo del uso de sustancias en sí mismo en los mecanismos inhibidores del cerebro.

Nótese que la frase "adicción a las drogas" no se aplica como término diagnóstico en esta clasificación, aunque es de uso común en muchos países para describir problemas graves relacionados con el uso compulsivo y habitual de sustancias. El término más neutro **trastorno por consumo de sustancias** se utiliza para describir la amplia gama del trastorno, desde una forma leve hasta un estado grave de patrón compulsivo y con recaídas crónicas de consumo de drogas. Algunos médicos optarán por utilizar la frase "adicción a las drogas" para describir presentaciones más graves, pero esa redacción se omite de la terminología diagnóstica oficial del trastorno por uso de sustancias del DSM-5 debido a su definición incierta y su connotación potencialmente negativa.

Además de los trastornos relacionados con sustancias, este capítulo también incluye el trastorno del juego, lo que refleja la evidencia de que las conductas de juego activan sistemas de recompensa similares a los que activan las drogas de abuso y que producen algunos síntomas conductuales que parecen comparables a los producidos por los trastornos por uso de sustancias. También se han descrito otros patrones de comportamiento excesivos, como los juegos de Internet (consulte "Condiciones para estudios adicionales"), pero la investigación sobre estos y otros síndromes de comportamiento es menos clara. Por lo tanto, los grupos de comportamientos repetitivos, a veces denominados **adicciones conductuales** (con subcategorías como "adicción al sexo", "adicción al ejercicio" y "adicción a las compras"), no se incluyen porque no hay suficiente evidencia revisada por pares para establecer los criterios de diagnóstico y descripciones del curso necesarias para identificar estos comportamientos como trastornos mentales.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por uso de sustancias y trastornos inducidos por sustancias. Las siguientes afecciones pueden clasificarse como inducidas por sustancias: intoxicación por sustancias, abstinencia de sustancias y trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (en este manual se proporcionan criterios de diagnóstico y texto para los trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos, trastornos bipolares y trastornos relacionados, trastornos depresivos), trastornos, trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivo

y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, delirio y trastornos neurocognitivos en sus respectivos capítulos). El término

544

El trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos se refiere a presentaciones sintomáticas que se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia exógena en el sistema nervioso central e incluye intoxicantes típicos (p. ej., alcohol, inhalantes, cocaína), medicamentos psicotrópicos (p. ej., estimulantes, sedantes, hipnóticos), otros medicamentos (p. ej., esteroides) y toxinas ambientales (p. ej., insecticidas organofosforados).

La sección actual comienza con una discusión general de los conjuntos de criterios para el trastorno por uso de sustancias, la intoxicación por sustancias, la abstinencia de sustancias y los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos, al menos algunos de los cuales son aplicables a todas las clases de sustancias. Reflejando algunos aspectos únicos de las 10 clases de sustancias relevantes para este capítulo, el resto del capítulo está organizado por clase de sustancia. Para facilitar el diagnóstico diferencial, los criterios diagnósticos y el texto de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos se incluyen con los trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se encuentra en el capítulo "Trastornos depresivos"). Tenga en cuenta que solo ciertas clases de fármacos son capaces de causar determinados tipos de trastornos inducidos por sustancias. Las categorías diagnósticas relacionadas con sustancias asociadas con clases específicas de fármacos se muestran en la Tabla 1.

545

TABLA 1 Diagnósticos asociados a la clase de sustancia

	bipolares y Trastornos relacionados con trastornos psicóticos	Trastornos depresivos	Desórdenes de ansiedad	Trastornos obsesivo- compulsivos y relacionados	Dormir y Trastornos sexuales y disfunciones Del		
Alcohol	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	Y/O*
Cafeína				yo		I/W	
Canabis	yo			yo		I/W	
alucinógenos							
fenciclidina	yo	yo	yo	yo			
Otros alucinógenos	Y/O*	yo	yo	yo			
inhalantes	yo		yo	yo			
opioideos			I/W	En	I/W	I/W	Y/O*
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	I/W	I/W	I/W	En	I/W	I/W	Y/O*
estimulantes**	yo	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	yo
Tabaco					En		
Otro (o desconocido)	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	Y/O*

Nota. X = La categoría está reconocida en el DSM-5.

I = El especificador "con inicio durante la intoxicación" puede anotarse para la categoría.

W = El especificador "con inicio durante la abstinencia" se puede anotar para la categoría.

I/W = Puede anotarse para la categoría "con inicio durante la intoxicación" o "con inicio durante la abstinencia".

Mayor = trastorno neurocognitivo mayor; leve = trastorno neurocognitivo leve.

* También trastorno de percepción persistente por alucinógenos (flashbacks).

**Incluye sustancias de tipo anfetamínico, cocaína y otros estimulantes o no especificados.

Trastornos relacionados con sustancias

Trastornos por uso de sustancias

Características de diagnóstico La

carácter esencial de un trastorno por consumo de sustancias es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo sigue consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con ella. Como se ve en la Tabla 1, el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias se puede aplicar a las 10 clases de sustancias incluidas en este capítulo, excepto la cafeína. Para ciertas clases, algunos síntomas son menos destacados y, en algunos casos, no se aplican todos los síntomas (p. ej., los síntomas de abstinencia no se especifican para el trastorno por consumo de fenciclidina, el trastorno por consumo de otros alucinógenos o el trastorno por consumo de inhalantes). Cabe señalar que el consumo de sustancias, incluidos los medicamentos recetados, puede depender en parte de los antecedentes culturales, la disponibilidad de sustancias y las reglamentaciones locales específicas sobre drogas. Por lo tanto, puede haber una variación local o cultural significativa en la exposición (p. ej., los países con prohibiciones culturales contra el consumo de alcohol u otras sustancias pueden tener una menor prevalencia de trastornos relacionados con sustancias).

Una característica importante de los trastornos por uso de sustancias es un cambio subyacente en los circuitos cerebrales que puede persistir más allá de la desintoxicación, particularmente en personas con trastornos graves. Los efectos conductuales de estos cambios cerebrales pueden exhibirse en las recaídas repetidas y el ansia intensa de drogas cuando los individuos están expuestos a estímulos relacionados con las drogas. Estos efectos persistentes de los medicamentos pueden beneficiarse de enfoques de tratamiento a largo plazo.

En general, el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias se basa en un patrón patológico de conductas relacionadas con el uso de la sustancia. Para ayudar con la organización, se puede considerar que los elementos de diagnóstico que componen el Criterio A se ajustan a grupos generales de **control deficiente, deterioro social, uso de riesgo y criterios farmacológicos**. El control deteriorado sobre el uso de sustancias es el primer grupo de criterios (Criterios 1–4). El individuo puede tomar la sustancia en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo previsto originalmente (Criterio 1). El individuo puede expresar un deseo persistente de reducir o regular el uso de sustancias y puede informar

546

múltiples esfuerzos infructuosos para disminuir o interrumpir el uso (Criterio 2). El individuo puede pasar mucho tiempo obteniendo la sustancia, usándola o recuperándose de sus efectos (Criterio 3). En algunos casos de trastornos por consumo de sustancias más graves, prácticamente todas las actividades diarias del individuo giran en torno a la sustancia. El anhelo (Criterio 4) se manifiesta por un intenso deseo o urgencia por la droga que puede ocurrir en cualquier momento, pero es más probable cuando se encuentra en un entorno donde la droga se obtuvo o usó previamente. También se ha demostrado que el anhelo implica un condicionamiento clásico y está asociado con la activación de estructuras de recompensa específicas en el cerebro.

Se puede cuestionar el anhelo preguntando si alguna vez hubo un momento en que hubo un impulso tan fuerte de tomar la droga que el individuo no pudo pensar en otra cosa.

El ansia actual se usa a menudo como una medida de resultado del tratamiento porque puede ser una señal de una recaída inminente.

El deterioro social es el segundo grupo de criterios (Criterios 5–7). El consumo recurrente de sustancias puede resultar en el incumplimiento de las principales obligaciones del rol en el trabajo, la escuela o el hogar (Criterio 5). El individuo puede continuar con el consumo de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (Criterio 6). Importante social, ocupacional o recreativo

las actividades pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de sustancias (Criterio 7). El individuo puede retirarse de las actividades y pasatiempos familiares para consumir la sustancia.

El uso riesgoso de la sustancia es el tercer grupo de criterios (Criterios 8–9). Esto puede tomar la forma de uso recurrente de sustancias en situaciones en las que es físicamente peligroso (Criterio 8). El individuo puede continuar consumiendo la sustancia a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia (Criterio 9). La cuestión clave para evaluar este criterio no es la existencia del problema, sino el hecho de que el individuo no se abstenga de usar la sustancia a pesar de la dificultad que le está causando.

Los criterios farmacológicos son el agrupamiento final (Criterios 10 y 11). La tolerancia (Criterio 10) se señala al requerir una dosis marcadamente mayor de la sustancia para lograr el efecto deseado o un efecto marcadamente reducido cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se desarrolla la tolerancia varía mucho entre los diferentes individuos, así como entre las sustancias, y puede implicar una variedad de efectos en el sistema nervioso central. Por ejemplo, la tolerancia a la depresión respiratoria y la tolerancia a los sedantes y la coordinación motora pueden desarrollarse a ritmos diferentes, según la sustancia. La tolerancia puede ser difícil de determinar solo por la anamnesis, y las pruebas de laboratorio pueden ser útiles (p. ej., niveles sanguíneos altos de la sustancia junto con poca evidencia de intoxicación sugieren que es probable que haya tolerancia). La tolerancia también debe distinguirse de la variabilidad individual en la sensibilidad inicial a los efectos de sustancias particulares. Por ejemplo, algunos bebedores de alcohol por primera vez muestran muy poca evidencia de intoxicación con tres o cuatro tragos, mientras que otros con un peso similar y antecedentes de consumo de alcohol tienen dificultad para hablar y falta de coordinación.

La abstinencia (Criterio 11) es un síndrome que ocurre cuando las concentraciones sanguíneas o tisulares de una sustancia disminuyen en un individuo que ha mantenido un consumo intenso y prolongado de la sustancia. Después de desarrollar síntomas de abstinencia, es probable que el individuo consuma la sustancia para aliviar los síntomas. Los síntomas de abstinencia varían mucho entre las clases de sustancias, y se proporcionan conjuntos de criterios separados para la abstinencia para las clases de drogas. Los signos fisiológicos de abstinencia marcados y generalmente fáciles de medir son comunes con el alcohol, los opioides y los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los signos y síntomas de abstinencia con estimulantes (sustancias de tipo anfetamínico, cocaína, otros estimulantes o no especificados), así como con el tabaco y el cannabis, a menudo están presentes pero pueden ser menos evidentes. **No** se ha documentado una abstinencia significativa en humanos después del uso repetido de fenciclidina, otros alucinógenos e inhalantes; por lo tanto, este criterio no se incluye para estas sustancias. Ni la tolerancia ni la abstinencia son necesarias para el diagnóstico de un trastorno por consumo de sustancias.

Sin embargo, para la mayoría de las clases de sustancias, un historial previo de abstinencia se asocia con un

curso clínico más grave (es decir, un inicio más temprano de un trastorno por uso de sustancias, niveles más altos de consumo de sustancias y una mayor cantidad de problemas relacionados con las sustancias).

Los síntomas de tolerancia y abstinencia que ocurren durante el uso apropiado de medicamentos recetados como parte del tratamiento médico (p. ej., analgésicos opioides, sedantes, estimulantes) **no** se cuentan específicamente cuando se diagnostica un trastorno por uso de sustancias. Se sabe que la apariencia de tolerancia farmacológica normal esperada y la abstinencia durante el curso del tratamiento médico conducen a un diagnóstico erróneo de "adicción", incluso cuando estos eran los únicos síntomas presentes.

Las personas cuyos **únicos** síntomas son los que se producen como resultado del tratamiento médico (es decir, tolerancia y abstinencia como parte de la atención médica cuando los medicamentos se toman según lo prescrito) no deben recibir un diagnóstico únicamente sobre la base de estos síntomas.

Sin embargo, los medicamentos recetados se pueden usar de manera inapropiada y un abuso de sustancias

El trastorno se puede diagnosticar correctamente cuando hay otros síntomas de conducta compulsiva de búsqueda de drogas.

Gravedad y especificadores

Los trastornos por uso de sustancias ocurren en una amplia gama de gravedad, de leve a grave, y la gravedad se basa en la cantidad de criterios de síntomas aprobados. Como estimación general de la gravedad, la presencia de dos o tres síntomas sugiere un trastorno por uso de sustancias **leve**, **moderado** de cuatro a cinco síntomas y **grave** de seis o más síntomas.

El cambio de la gravedad a lo largo del tiempo también se refleja en reducciones o aumentos en la frecuencia y/o dosis del consumo de sustancias, según lo evaluado por el propio informe del individuo, el informe de otros informados, las observaciones del médico y las pruebas biológicas. Los siguientes especificadores de curso y especificadores de características descriptivas también están disponibles para los trastornos por uso de sustancias: "en remisión temprana", "en remisión sostenida", "en terapia de mantenimiento" y "en un entorno controlado". Las definiciones de cada uno se proporcionan dentro de los respectivos conjuntos de criterios.

Procedimientos de registro

El médico debe usar el código que se aplica a la clase de sustancia pero registrar el nombre de la **sustancia específica**. Por ejemplo, el médico debe registrar F13.20 trastorno moderado por consumo de alprazolam (en lugar de trastorno moderado por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o F15.10 trastorno leve por consumo de metanfetamina (en lugar de trastorno leve por consumo de sustancias de tipo anfetamínico). Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., esteroides anabólicos), se debe usar el código ICD-10-CM para el trastorno por consumo de otra sustancia (o desconocida) y se debe indicar la sustancia específica (p. ej., F19.10 anabólico leve). trastorno por consumo de esteroides). Si se desconoce la sustancia consumida por el individuo, se debe usar el mismo código ICD-10-CM (es decir, para "trastorno por consumo de otra sustancia [o desconocida]" (p. ej., F19.20 trastorno grave por consumo de sustancia desconocida). Si se cumplen los criterios para más de un trastorno por consumo de sustancias, se debe diagnosticar cada uno (p. ej., F11.20 trastorno grave por consumo de heroína; F14.20 trastorno moderado por consumo de cocaína).

El código CIE-10-CM apropiado para un trastorno por consumo de sustancias depende de si existe un trastorno concomitante inducido por sustancias (incluida la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias). En el primer ejemplo del párrafo anterior, el código de diagnóstico para el trastorno por consumo moderado de alprazolam, F13.20, refleja la ausencia de un trastorno mental comórbido inducido por alprazolam. Debido a que los códigos ICD-10-CM para trastornos inducidos por sustancias indican tanto la presencia (o ausencia) como la gravedad del trastorno por uso de sustancias, los códigos ICD-10-CM para trastornos por uso de sustancias pueden usarse solo en ausencia de un trastorno por uso de sustancias. trastorno inducido. Consulte las secciones específicas de cada sustancia para obtener información adicional sobre la codificación.

548

Trastornos inducidos por sustancias

La categoría general de trastornos inducidos por sustancias incluye intoxicación por sustancias, abstinencia de sustancias y trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (p. ej., trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno depresivo inducido por sustancias). Si bien la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias se reconocen como trastornos mentales, para fines de claridad de referencia en las discusiones a lo largo de este capítulo, se utiliza el término **trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos** (p. ej., trastorno depresivo inducido por el alcohol, trastorno de ansiedad inducido por la metanfetamina). distinguir estos trastornos de la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias.

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias

Los criterios para los síndromes de intoxicación específicos de sustancias se incluyen en las secciones específicas de sustancias de este capítulo. La característica esencial es el desarrollo de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a la ingestión reciente de una sustancia (Criterio A). Los cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos asociados con la intoxicación (p. ej., beligerancia, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio) son atribuibles a los efectos fisiológicos de la sustancia en el sistema nervioso central (SNC) y se desarrollan durante o poco después del uso de la sustancia (Criterio B) y se acompañan de signos y síntomas específicos de la sustancia (Criterio C). Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación por sustancias es común entre las personas con un trastorno por uso de sustancias, pero también ocurre con frecuencia en personas que usan sustancias pero no tienen un trastorno por uso de sustancias. Esta categoría no **se** aplica al tabaco.

Los cambios más comunes en la intoxicación por sustancias implican alteraciones de la percepción, la vigilia, la atención, el pensamiento, el juicio, la conducta psicomotora y la conducta interpersonal. Las intoxicaciones por sustancias a corto plazo o "agudas" pueden tener signos y síntomas diferentes de las intoxicaciones por sustancias sostenidas o "crónicas".

Por ejemplo, las dosis moderadas de cocaína pueden producir inicialmente gregarismo, pero puede desarrollarse un aislamiento social si dichas dosis se repiten con frecuencia durante días o semanas.

Cuando se usa en el sentido fisiológico, el término **intoxicación** es más amplio que el diagnóstico de intoxicación por sustancias tal como se define en este manual. Muchas sustancias pueden producir cambios fisiológicos o psicológicos que no son necesariamente problemáticos.

Por ejemplo, un individuo con taquicardia por el consumo de sustancias está experimentando un efecto fisiológico de la sustancia, pero si este es el único síntoma en ausencia de un comportamiento problemático, no se aplicaría el diagnóstico de intoxicación por sustancias.

La intoxicación a veces puede persistir más allá del momento en que la sustancia es detectable en el cuerpo. Esto puede atribuirse a efectos duraderos en el SNC, de los cuales la recuperación lleva más tiempo que el tiempo de eliminación de la sustancia. Estos efectos a largo plazo de la intoxicación deben distinguirse de la **abstinencia** (es decir, los síntomas iniciados por una disminución de las concentraciones de una sustancia en la sangre o en los tejidos).

Los criterios para la abstinencia de sustancias también se incluyen en las secciones específicas de sustancias de este capítulo. La característica esencial es el desarrollo de un cambio conductual problemático específico de la sustancia, con concomitantes fisiológicos y cognitivos, que se debe al cese o la reducción del consumo intenso y prolongado de la sustancia (Criterio A). El síndrome específico de la sustancia (Criterio B) causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no se deben a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

La abstinencia generalmente, pero no siempre, está asociada con un trastorno por uso de sustancias. Además, es importante enfatizar que los síntomas de abstinencia que ocurren durante el uso apropiado de medicamentos administrados como parte del tratamiento médico con

los medicamentos recetados (p. ej., analgésicos opioides, sedantes, estimulantes) **no** se cuentan específicamente al diagnosticar un trastorno por uso de sustancias. La mayoría de las personas con abstinencia sienten la urgencia de volver a administrar la sustancia para reducir los síntomas.

Vía de administración y velocidad de los efectos de la sustancia Las vías de administración que producen una absorción más rápida y eficiente en el torrente sanguíneo (p. ej., vía intravenosa, tabaquismo, "resoplado" intranasal) tienden a provocar una intoxicación más intensa y una mayor probabilidad de un patrón creciente de sustancia

uso que conduce a la abstinencia. De manera similar, las sustancias de acción rápida son más propensas que las sustancias de acción más lenta a producir una intoxicación inmediata.

Duración de los efectos

Dentro de la misma categoría de drogas, las sustancias de acción relativamente corta tienden a tener un mayor potencial para el desarrollo de la abstinencia que aquellas con una acción de mayor duración. Sin embargo, las sustancias de acción más prolongada tienden a tener una duración más prolongada de los síntomas de abstinencia. La vida media de la sustancia es paralela a los aspectos de la abstinencia: cuanto mayor sea la duración de la acción, mayor será el tiempo entre el cese y la aparición de los síntomas de abstinencia y mayor será la duración de la abstinencia. En general, cuanto más prolongado es el período de abstinencia aguda, menos intenso tiende a ser el síndrome.

Uso de Sustancias Múltiples La intoxicación

y la abstinencia de sustancias a menudo involucran el uso de varias sustancias simultáneamente o secuencialmente. En estos casos, cada diagnóstico debe registrarse por separado.

Hallazgos de laboratorio asociados Los análisis de

laboratorio de muestras de sangre y orina pueden ayudar a determinar el uso reciente y las sustancias específicas involucradas. Sin embargo, un resultado positivo de una prueba de laboratorio no indica por sí mismo que el individuo tenga un patrón de consumo de sustancias que cumpla con los criterios para un trastorno inducido por sustancias o por consumo de sustancias, y un resultado negativo de la prueba por sí solo no descarta un diagnóstico.

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles para identificar la abstinencia. Si el individuo presenta abstinencia de una sustancia desconocida, las pruebas de laboratorio pueden ayudar a identificar la sustancia y también pueden ser útiles para diferenciar la abstinencia de otros trastornos mentales. Además, el funcionamiento normal en presencia de niveles sanguíneos elevados de una sustancia sugiere una tolerancia considerable.

Desarrollo y curso Las personas de 18

a 24 años de edad tienen tasas de prevalencia relativamente altas para el uso de prácticamente todas las sustancias. La intoxicación suele ser el trastorno inicial relacionado con sustancias y, a menudo, comienza en la adolescencia. La abstinencia puede ocurrir a cualquier edad, siempre y cuando el fármaco en cuestión se haya tomado en dosis suficientes durante un período de tiempo prolongado.

Procedimientos de registro de intoxicación por sustancias y sustancias Retiro

El médico debe usar el código que se aplica a la clase de sustancias pero registrar el nombre de la **sustancia específica**. Por ejemplo, el médico debe registrar F13.230 abstinencia de secobarbital (en lugar de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o F15.120 intoxicación por metanfetamina (en lugar de intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico). Tenga en cuenta que

los códigos de diagnóstico apropiados de la CIE-10-CM para la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias dependen de si existe un trastorno por consumo de sustancias comórbido. En este caso, el código F15.120 para intoxicación por metanfetamina indica la presencia de un trastorno por consumo de metanfetamina leve comórbido. Si no hubiera existido un trastorno por consumo de metanfetamina comórbido (y sin alteraciones de la percepción), el código de diagnóstico habría sido F15.920. Consulte la nota de codificación de los síndromes de abstinencia e intoxicación específicos de sustancias para ver las opciones de codificación reales.

Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., esteroides anabólicos), se debe usar el código ICD-10-CM para intoxicación por otra sustancia (o desconocida) o abstinencia por otra sustancia (o desconocida) y se debe indicar la sustancia específica (ej., F19.920 intoxicación por esteroides anabólicos). Si se desconoce la sustancia consumida por el individuo, se debe utilizar el mismo código (es decir, para la clase "otra sustancia [o desconocida]" (p. ej., F19.920 intoxicación por sustancia desconocida). Si hay síntomas o problemas asociados con una sustancia en particular pero no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos de la sustancia, se puede usar la categoría no especificada (p. ej., F12.99 trastorno no especificado relacionado con el cannabis).

Como se señaló anteriormente, los códigos relacionados con sustancias en ICD-10-CM combinan el aspecto del trastorno por uso de sustancias del cuadro clínico y el aspecto inducido por sustancias en un solo código combinado. Por lo tanto, si están presentes tanto la abstinencia de heroína como el trastorno moderado por consumo de heroína, se proporciona el código único F11.23 para la abstinencia de heroína para cubrir ambas presentaciones. Consulte las secciones específicas de cada sustancia para obtener información adicional sobre la codificación.

Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos son síndromes del SNC potencialmente graves, generalmente temporales, pero a veces persistentes que se desarrollan en el contexto de los efectos de las sustancias de abuso, los medicamentos y algunas toxinas. Se distinguen de los trastornos por consumo de sustancias, en los que un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos contribuyen al consumo continuado de una sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con ella. Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos pueden ser inducidos por cualquiera de las 10 clases de sustancias que producen trastornos por uso de sustancias, o por una gran variedad de otros medicamentos utilizados en el tratamiento médico. Cada trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos se describe en el capítulo correspondiente (p. ej., el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se encuentra en "Trastornos depresivos") y, por lo tanto, aquí solo se ofrece una breve descripción. Todos los trastornos inducidos por sustancias/medicamentos comparten características comunes. Es importante reconocer estas características comunes para ayudar en la detección de estos trastornos. Estas características se describen a continuación:

- A. Predomina en el cuadro clínico una presentación clínicamente significativa de síntomas característicos de trastornos en la clase diagnóstica relevante.
- B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de los dos siguientes:
 - 1. Los síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación por sustancias, la abstinencia de sustancias o la exposición o abstinencia de un medicamento; y
 - 2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas en Criterio A.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (es decir, uno que no es inducido por sustancias o medicamentos). Tal evidencia de un trastorno mental independiente podría incluir lo siguiente:
 - 1. La perturbación precedió al inicio de la intoxicación severa o abstinencia o exposición al medicamento; o
 - 2. El trastorno persistió durante un período de tiempo considerable (p. ej., al menos 1 mes) después de cesar la abstinencia aguda o la intoxicación grave o tomar el

medicamento. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias o al trastorno de percepción persistente por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación aguda o la abstinencia.

- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Características diagnósticas y asociadas Se pueden

hacer algunas generalizaciones con respecto a las categorías de sustancias capaces de producir trastornos mentales inducidos por sustancias clínicamente relevantes. En general, las drogas más sedantes (sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y alcohol) pueden producir trastornos depresivos prominentes y clínicamente significativos durante la intoxicación, mientras que es probable que se observen estados de ansiedad durante los síndromes de abstinencia de estas sustancias. Además, durante la intoxicación, es probable que las sustancias más estimulantes (p. ej., anfetaminas y cocaína) se asocien con trastornos psicóticos inducidos por sustancias y trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, y con episodios depresivos mayores inducidos por sustancias observados durante la abstinencia. Es probable que tanto las drogas más sedantes como las más estimulantes produzcan trastornos sexuales y del sueño significativos pero temporales. En la [Tabla 1](#) se presenta una descripción general de la relación entre categorías específicas de sustancias y síndromes psiquiátricos específicos .

Las condiciones inducidas por medicamentos incluyen lo que a menudo son reacciones idiosincrásicas del SNC o ejemplos relativamente extremos de efectos secundarios para una amplia gama de medicamentos que se toman para una variedad de problemas médicos. Estos incluyen complicaciones neurocognitivas de anestésicos, antihistamínicos, antihipertensivos y una variedad de otros medicamentos y toxinas (p. ej., organofosforados, insecticidas, monóxido de carbono), como se describe en el capítulo sobre trastornos neurocognitivos. Los síndromes psicóticos pueden experimentarse temporalmente en el contexto de fármacos anticolinérgicos, cardiovasculares y esteroides, así como durante el uso de fármacos recetados o de venta libre similares a estimulantes y depresivos. Se pueden observar trastornos del estado de ánimo temporales pero graves con una amplia gama de medicamentos, incluidos esteroides, antihipertensivos, disulfiram y cualquier sustancia depresora o estimulante recetada o de venta libre. Una gama similar de medicamentos puede estar asociada con síndromes de ansiedad temporal, disfunciones sexuales y trastornos del sueño.

En general, para ser considerado un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos, debe existir evidencia de que los síntomas que se observan probablemente no se explican mejor por un trastorno mental independiente. Lo último es más probable que sea el caso si los síntomas estaban presentes antes de la intoxicación grave o la abstinencia o la administración de medicamentos o, con la excepción de varios trastornos persistentes inducidos por sustancias enumerados en 1, continuaron más de 1 mes después del cese de la abstinencia aguda. , intoxicación grave o uso de los medicamentos. Cuando los síntomas solo se observan durante un delirio inducido por sustancias (p. ej., delirio por abstinencia de alcohol), solo se debe diagnosticar el delirio y otros síntomas psiquiátricos que ocurren durante el delirio no se deben diagnosticar por separado, ya que muchos de estos síntomas (p. ej., trastornos en el estado de ánimo, la ansiedad, la prueba de la realidad) se observan comúnmente durante los estados agitados y confusos.

Las características asociadas con cada trastorno mental principal relevante son similares ya sea que se observen con trastornos mentales independientes o inducidos por sustancias/medicamentos. Sin embargo, es probable que las personas con trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos también demuestren las características asociadas observadas con la categoría específica de sustancia o medicamento, como se enumeran en otras subsecciones de este capítulo.

Desarrollo y Curso

Los trastornos mentales inducidos por sustancias se desarrollan en el contexto de intoxicación o abstinencia de sustancias de abuso, mientras que los trastornos mentales inducidos por medicamentos pueden verse con medicamentos recetados o de venta libre que se toman en las dosis sugeridas.

552

Ambas condiciones son por lo general temporales y es probable que desaparezcan dentro de 1 mes aproximadamente del cese de la abstinencia aguda, la intoxicación grave o el uso del medicamento. Se producen excepciones a estas generalizaciones para ciertos trastornos inducidos por sustancias de larga duración: trastornos neurocognitivos asociados a sustancias que se relacionan con afecciones como el trastorno neurocognitivo inducido por el alcohol, el trastorno neurocognitivo inducido por inhalantes y el trastorno neurocognitivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. trastorno; y trastorno de percepción persistente de alucinógenos ("flashbacks"; consulte la sección "Trastornos relacionados con alucinógenos" más adelante en este capítulo). Sin embargo, es probable que la mayoría de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos, independientemente de la gravedad de los síntomas, mejoren relativamente rápido con la abstinencia y es poco probable que sigan siendo clínicamente relevantes durante más de 1 mes después del cese completo del uso.

Como ocurre con muchas consecuencias del uso intensivo de sustancias, algunas personas son más y otras menos propensas a desarrollar trastornos específicos inducidos por sustancias.

Tipos similares de predisposiciones pueden hacer que algunas personas sean más propensas a desarrollar efectos secundarios psiquiátricos de algunos tipos de medicamentos, pero no de otros. Sin embargo, no está claro si las personas con antecedentes familiares o antecedentes personales de síndromes psiquiátricos independientes tienen más probabilidades de desarrollar el síndrome inducido una vez que se considera si la cantidad y la frecuencia de la sustancia fueron suficientes para conducir al desarrollo de un síndrome. síndrome inducido por sustancias.

Hay indicios de que la ingesta de sustancias de abuso o de algunos medicamentos con efectos secundarios psiquiátricos en el contexto de un trastorno mental preexistente probablemente resulte en una intensificación de los síntomas del trastorno mental preexistente. Es probable que el riesgo de trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos aumente tanto con la cantidad como con la frecuencia del consumo de la sustancia en cuestión.

Los perfiles de síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos se parecen a los trastornos mentales independientes. Si bien los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos pueden ser idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., delirios, alucinaciones, psicosis, episodios depresivos mayores, síndromes de ansiedad), y aunque pueden tener las mismas consecuencias graves (p. ej., suicidio) , es probable que la mayoría de los trastornos mentales inducidos mejoren en cuestión de días o semanas de abstinencia.

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos son una parte importante de los diagnósticos diferenciales para las condiciones psiquiátricas independientes. La importancia de reconocer un trastorno mental inducido es similar a la relevancia de identificar el posible papel de algunas condiciones médicas y reacciones a medicamentos antes de diagnosticar un trastorno mental independiente. Los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias y medicamentos pueden ser idénticos transversalmente a los de los trastornos mentales independientes, pero tienen diferentes tratamientos y pronósticos de la condición independiente.

Consecuencias funcionales de la inducción de sustancias/medicamentos

Desordenes mentales

Es probable que las mismas consecuencias relacionadas con el trastorno mental independiente relevante (p. ej., intentos de suicidio) se apliquen a los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos, pero es probable que desaparezcan en el plazo de 1 mes después de la abstinencia. De manera similar, es probable que se observen las mismas consecuencias funcionales asociadas con el trastorno por uso de sustancias relevante para los trastornos mentales inducidos por sustancias.

Procedimientos de registro de trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

Trastornos

Los criterios de diagnóstico, las notas de codificación y los procedimientos de registro para los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos específicos se proporcionan en los capítulos del manual correspondientes a los trastornos de fenomenología compartida (ver el capítulo inducido por sustancias/medicamentos).

553

trastornos mentales en estos capítulos: "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos", "Trastornos bipolares y relacionados", "Trastornos depresivos", "Trastornos de ansiedad", "Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados", "Trastornos del sueño y la vigilia" "Disfunciones sexuales" y "Trastornos neurocognitivos"). Cuando se registra un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos que es comórbido con un trastorno por uso de sustancias, solo se da un único diagnóstico que refleja tanto el tipo de sustancia como el tipo de trastorno mental inducido por la sustancia, así como la gravedad del trastorno. trastorno comórbido por consumo de sustancias (p. ej., trastorno psicótico inducido por cocaína con trastorno grave por consumo de cocaína). Para un trastorno mental inducido por sustancias que ocurre en ausencia de un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., cuando el trastorno es inducido por el uso único de una sustancia o medicamento), solo se registra el trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., corticosteroides). -trastorno depresivo inducido). La información adicional necesaria para registrar el nombre de diagnóstico del trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos se proporciona en la sección "Procedimientos de registro" para cada trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos en su capítulo respectivo.

Trastornos relacionados con el alcohol

Trastorno por consumo de alcohol

Intoxicación alcohólica

Abstinencia de alcohol

Trastornos mentales inducidos por el alcohol

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Trastorno por consumo de alcohol

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de consumo de alcohol que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses:

1. El alcohol a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo que se pretendía.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo de alcohol.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener alcohol, consumir alcohol o recuperarse de sus efectos.
4. Antojo, o un fuerte deseo o urgencia de consumir alcohol.

5. Consumo recurrente de alcohol que resulta en un incumplimiento del rol principal obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuo de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. Se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas. o reducido debido al consumo de alcohol.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que es físicamente peligroso.

554

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a.
Necesidad de cantidades marcadamente mayores de alcohol para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico del alcohol (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia de alcohol). b. Se toma alcohol (o una sustancia estrechamente relacionada, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar

si: **En remisión temprana:** después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de alcohol, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de alcohol se ha cumplido durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, "Deseo de , o un fuerte deseo o urgencia de consumir alcohol", puede satisfacerse).

En remisión sostenida: Despues de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de alcohol, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de alcohol se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, "Deseo o fuerte deseo o urgencia de consumir alcohol", puede satisfacerse).

Especifique

si: **En un entorno controlado:** Este especificador adicional se utiliza si la persona se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol u otro trastorno mental inducido por el alcohol, no utilice los códigos a continuación para el trastorno por consumo de alcohol. En cambio, el trastorno por consumo de alcohol comórbido se indica en el 4º carácter del código de trastorno inducido por el alcohol (consulte la nota de codificación para intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol o un trastorno mental específico inducido por el alcohol). Por ejemplo, si hay una intoxicación por alcohol y un trastorno por consumo de alcohol comórbidos, solo se proporciona el código de intoxicación por alcohol, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de alcohol comórbido es leve, moderado o grave: F10.129 para el trastorno por consumo de alcohol leve con intoxicación por alcohol o F10.229 para un trastorno por consumo de alcohol moderado o grave con intoxicación por alcohol.

Especifique la gravedad/remisión actual:**F10.10 Leve:** presencia de 2 o 3 síntomas.**F10.11 Leve, en remisión temprana****F10.11 Leve, en remisión sostenida F10.20****Moderada:** presencia de 4-5 síntomas.**F10.21 Moderado, En remisión temprana F10.21****Moderado, En remisión sostenida F10.20 Severo:**

Presencia de 6 o más síntomas.

F10.21 Grave, en remisión temprana F10.21**Grave, en remisión sostenida**

555

Especificadores

"En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado).

Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

La gravedad del trastorno se basa en el número de criterios diagnósticos aprobados. Para un individuo determinado, los cambios en la gravedad del trastorno por consumo de alcohol a lo largo del tiempo también se reflejan en reducciones en la frecuencia (p. ej., días de uso por mes) o dosis (p. ej., número de tragos estándar consumidos por día) de alcohol consumido, según lo evaluado por el autoinforme del individuo, el informe de otros informados, las observaciones del médico y, cuando sea práctico, las pruebas biológicas (p. ej., elevaciones en los análisis de sangre como se describe en la sección "Marcadores de diagnóstico" para este trastorno).

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de alcohol se define por un conjunto de síntomas físicos y conductuales, como la abstinencia, la tolerancia y el ansia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas de abstinencia que se desarrollan aproximadamente de 4 a 12 horas después de la reducción de la ingesta después de una ingestión prolongada y abundante de alcohol. Debido a que la abstinencia del alcohol puede ser desagradable e intensa, las personas pueden continuar consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias adversas, a menudo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Algunos síntomas de abstinencia (p. ej., problemas para dormir) pueden persistir con intensidades más bajas durante meses y pueden contribuir a la recaída. Una vez que se desarrolla un patrón de uso repetitivo e intenso, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden dedicar períodos sustanciales de su tiempo a obtener y consumir bebidas alcohólicas.

El ansia de alcohol se manifiesta por un fuerte deseo de beber que hace difícil pensar en otra cosa y que a menudo da como resultado el inicio de la bebida. El desempeño escolar y laboral también puede verse afectado por los efectos secundarios de la bebida o por la intoxicación real en la escuela o en el trabajo; se pueden descuidar el cuidado de los niños o las responsabilidades del hogar; y las ausencias relacionadas con el alcohol pueden ocurrir en la escuela o el trabajo. El individuo puede consumir alcohol en circunstancias físicamente peligrosas (p. ej., conducir un automóvil, nadar, operar maquinaria en estado de ebriedad). Finalmente, las personas con un trastorno por consumo de alcohol pueden continuar consumiendo alcohol a pesar de saber que el consumo continuado plantea problemas físicos significativos (p. ej., apagones, enfermedad hepática), psicológicos (p. ej., depresión), sociales o interpersonales (p. ej., discusiones violentas con el cónyuge). en estado de ebriedad, abuso infantil).

Funciones asociadas

El trastorno por consumo de alcohol a menudo se asocia con problemas similares a los asociados con otras sustancias (p. ej., cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). El alcohol se puede usar para aliviar los efectos no deseados de estas otras sustancias o para sustituirlos cuando no están disponibles. Los síntomas de problemas de conducta, depresión, ansiedad e insomnio acompañan con frecuencia al consumo excesivo de alcohol y, en ocasiones, lo preceden.

La ingesta repetida de altas dosis de alcohol puede afectar a casi todos los sistemas de órganos, especialmente el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y los sistemas nerviosos central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis, úlceras estomacales o duodenales y, en aproximadamente el 15% de las personas que consumen mucho alcohol, cirrosis hepática y/o pancreatitis. También hay una mayor tasa de cáncer de esófago, estómago y otras partes del tracto gastrointestinal. Una de las condiciones más comúnmente asociadas es la hipertensión de bajo grado. La miocardiopatía y otras miopatías son menos comunes pero ocurren con mayor frecuencia entre quienes beben mucho. Estos factores, junto con marcados

556

aumentos en los niveles de triglicéridos y colesterol de lipoproteínas de baja densidad, contribuyen a un riesgo elevado de enfermedades del corazón. La neuropatía periférica puede manifestarse por debilidad muscular, parestesias y disminución de la sensibilidad periférica. Los efectos más persistentes en el sistema nervioso central incluyen déficits cognitivos, como deterioro grave de la memoria y cambios degenerativos en el cerebro. Estos efectos están relacionados con los efectos directos del alcohol, los traumatismos o las deficiencias vitamínicas (particularmente de las vitaminas B, incluida la tiamina). Un efecto devastador del sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol, relativamente raro, o síndrome de Wernicke-Korsakoff, en el que la capacidad de codificar nuevos recuerdos se ve gravemente afectada. Esta condición se describiría ahora en el capítulo "Trastornos neurocognitivos" y se denominaría **trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos**.

El trastorno por consumo de alcohol contribuye de manera importante al riesgo de suicidio durante una intoxicación grave y en el contexto de un trastorno depresivo o bipolar temporal inducido por el alcohol. Hay una mayor tasa de comportamiento suicida, así como de suicidio entre las personas con el trastorno.

Predominio

El trastorno por consumo de alcohol es común. En los Estados Unidos, las tasas de prevalencia de por vida del trastorno por consumo de alcohol del DSM-5 entre adultos se estimaron en un 29,1 % en general, con una gravedad especificada de la siguiente manera: 8,6 % leve, 6,6 % moderada y 13,9 % grave. Entre los adultos australianos, la prevalencia estimada de por vida del trastorno por consumo de alcohol según el DSM-5 fue del 31,0 %.

Las tasas de trastorno varían según el sexo y la edad. En los Estados Unidos, las tasas fueron mayores entre los hombres (36,0% de prevalencia de por vida) que entre las mujeres (22,7%). La prevalencia de doce meses de los trastornos por consumo de alcohol según el DSM-IV en los Estados Unidos fue del 4,6 % entre personas de 12 a 17 años, del 16,2 % entre personas de 18 a 29 años y del 1,5 % entre personas de 65 años o más.

La prevalencia de doce meses de los trastornos por consumo de alcohol también varía entre los grupos etnorraciales de EE. UU. Para las personas de 12 a 17 años, la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol del DSM-IV fue mayor entre los nativos americanos (2,8 %) y los blancos no latinos (2,2 %), en relación con los asiáticoamericanos (1,6 %), los individuos que reportaron dos o más (1,6 %), hispanos (1,5 %) y afroamericanos (0,8 %).

Entre los adultos, los datos de un gran estudio basado en la población de EE. UU. indicaron que la prevalencia de 12 meses del trastorno por consumo de alcohol según el DSM-5 fue del 14,4 % en los afroamericanos,

14,0% en blancos no hispanos, 13,6% en hispanos y 10,6% en asiáticos americanos e isleños del Pacífico. Los datos de una gran encuesta comunitaria de nativos americanos de las naciones tribales del sudoeste y las llanuras del norte mostraron que la prevalencia de 12 meses del abuso y la dependencia del alcohol según el

DSM-IV osciló entre el 4,1 % y el 9,8 %.

Existe una amplia diversidad en las tasas y patrones de abuso y dependencia del alcohol en las más de 570 comunidades de indígenas americanos y nativos de Alaska en los Estados Unidos, así como altas tasas de abstinencia del consumo de alcohol en algunas de estas comunidades. Las experiencias históricas de despojo y subyugación y discriminación continua se han asociado con un mayor riesgo de aparición de síntomas. Dada la diversidad de las comunidades tribales, las estimaciones de prevalencia del trastorno por consumo de alcohol entre los nativos americanos deben interpretarse con cautela.

Desarrollo y curso

Es probable que el primer episodio de intoxicación por alcohol ocurra a mediados de la adolescencia.

Los problemas relacionados con el alcohol que no cumplen todos los criterios para un trastorno por consumo de alcohol o problemas aislados pueden ocurrir antes de los 20 años, pero la edad de inicio de un trastorno por consumo de alcohol con dos o más de los criterios agrupados alcanza su punto máximo al final de la adolescencia o a principios de la adolescencia. a mediados de los 20. La gran mayoría de las personas que desarrollan trastornos relacionados con el alcohol lo hacen al final de los 30 años. Es probable que la primera evidencia de abstinencia no aparezca hasta después de que se hayan desarrollado muchos otros aspectos de un trastorno por consumo de alcohol. Se observa un inicio más temprano del trastorno por consumo de alcohol en adolescentes con problemas de conducta preexistentes y aquellos con un inicio más temprano de intoxicación.

557

El trastorno por consumo de alcohol tiene un curso variable que se caracteriza por períodos de remisión y recaída. Es probable que la decisión de dejar de beber, a menudo en respuesta a una crisis, sea seguida por un período de semanas o más de abstinencia, seguido a menudo por períodos limitados de consumo controlado o no problemático. Sin embargo, una vez que se reanuda el consumo de alcohol, es muy probable que el consumo aumente rápidamente y que se desarrolle nuevamente problemas graves.

El trastorno por consumo de alcohol a menudo se percibe erróneamente como una afección intratable, tal vez debido al hecho de que las personas que se presentan para recibir tratamiento suelen tener un historial de muchos años de problemas graves relacionados con el alcohol. Sin embargo, estos casos más graves representan solo una minoría de personas con este trastorno, y el individuo típico con el trastorno tiene un pronóstico mucho más prometedor.

Entre los adolescentes, el trastorno de conducta y el comportamiento antisocial repetido a menudo ocurren con el alcohol y con otros trastornos relacionados con sustancias. Si bien la mayoría de las personas con trastorno por consumo de alcohol desarrollan la afección antes de los 40 años, quizás el 10 % tiene un inicio más tardío, como sugiere un estudio prospectivo en California. Los cambios físicos relacionados con la edad en las personas mayores dan como resultado una mayor susceptibilidad cerebral a los efectos depresivos del alcohol; disminución de las tasas de metabolismo hepático de una variedad de sustancias, incluido el alcohol; y disminución de los porcentajes de agua corporal. Estos cambios pueden hacer que las personas mayores desarrollen una intoxicación más grave y problemas posteriores a niveles más bajos de consumo. Los problemas relacionados con el alcohol en las personas mayores también tienen una probabilidad especial de estar asociados con otras complicaciones médicas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental.

Los factores ambientales de riesgo y pronóstico pueden incluir la pobreza y la discriminación (incluidas las desigualdades estructurales, como las tasas diferenciales de encarcelamiento y el acceso diferencial a los medicamentos para el tratamiento de la adicción), el desempleo y los bajos niveles de educación, las actitudes culturales hacia el consumo de alcohol y la intoxicación, la disponibilidad de alcohol (incluido el precio), experiencias personales adquiridas con el alcohol y el estrés

niveles Los mediadores potenciales adicionales de cómo se desarrollan los problemas de alcohol en individuos predispuestos incluyen un mayor uso de sustancias por parte de los compañeros, expectativas positivas exageradas de los efectos del alcohol y formas subóptimas de lidiar con el estrés.

Genético y fisiológico. El trastorno por consumo de alcohol es hereditario, con 40% a 60% de la varianza del riesgo explicada por influencias genéticas. La tasa de esta condición es de tres a cuatro veces mayor en familiares cercanos de personas con trastorno por consumo de alcohol, con valores más altos para personas con un mayor número de familiares afectados, relaciones genéticas más cercanas con la persona afectada y mayor gravedad de los problemas relacionados con el alcohol. en esos parientes. Existe una tasa significativamente mayor de trastorno por consumo de alcohol en el gemelo monocigótico que en el gemelo dicigótico de un individuo con la afección. Se ha observado un aumento de tres a cuatro veces en el riesgo en hijos de personas con trastorno por consumo de alcohol, incluso cuando estos niños fueron dados en adopción al nacer y criados por padres adoptivos que no tenían el trastorno.

Los avances en la comprensión de los genes que operan a través de características intermedias (o fenotipos) para afectar el riesgo de trastorno por consumo de alcohol pueden ayudar a identificar a las personas que podrían tener un riesgo particularmente bajo o alto de trastorno por consumo de alcohol. Entre los fenotipos de bajo riesgo está el enrojecimiento agudo de la piel relacionado con el alcohol (más común en personas de ascendencia asiática). La alta vulnerabilidad se asocia con la esquizofrenia o el trastorno bipolar preexistentes, así como con la impulsividad (lo que produce tasas mejoradas de todos los trastornos por uso de sustancias y el trastorno por juego), y un alto riesgo específico para el trastorno por consumo de alcohol se asocia con un bajo nivel de respuesta (baja sensibilidad) al alcohol. Varias variaciones genéticas pueden explicar la baja respuesta al alcohol o modular los sistemas de recompensa de dopamina; sin embargo, es probable que cualquier variante de un solo gen explique solo entre el 1% y el 2% del riesgo de estos trastornos. Las interacciones gen-ambiente modulan el impacto de las variaciones genéticas; por

558

Por ejemplo, los efectos genéticos sobre el consumo de alcohol son más pronunciados cuando se minimizan las restricciones sociales (p. ej., bajo control de los padres) o cuando el entorno permite un fácil acceso al alcohol o alienta su uso (p. ej., alta desviación de los compañeros).

Modificadores de curso. En general, los altos niveles de impulsividad se asocian con una Trastorno por consumo de alcohol de inicio y más grave.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

En la mayoría de las culturas, el alcohol es la sustancia intoxicante consumida con mayor frecuencia y contribuye a una morbilidad y mortalidad considerables. A nivel mundial, se atribuyeron 2,8 millones de muertes al consumo de alcohol, lo que corresponde al 2,2% del total de muertes estandarizadas por edad entre las mujeres y al 6,8% entre los hombres. A nivel mundial, se estima que 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres tienen trastorno por consumo de alcohol, con la prevalencia más alta entre hombres y mujeres en la Región de Europa (14,8 % y 3,5 %) y la Región de las Américas (11,5 % y 5,1 %); en general, los países de altos ingresos tienen la prevalencia más alta. Una mayor aculturación a la sociedad estadounidense entre los inmigrantes se asocia con una prevalencia creciente del trastorno por consumo de alcohol, especialmente entre las mujeres. La densidad étnica (mayor proporción de personas del mismo entorno) puede disminuir el riesgo de trastorno por consumo de alcohol debido a un mayor apoyo social y protección contra los efectos de la discriminación. Sin embargo, la segregación del vecindario puede aumentar el riesgo de trastornos debido a la asociación con otros factores de riesgo, como una mayor concentración de publicidad de alcohol y puntos de venta en áreas de bajos ingresos.

Los polimorfismos genéticos de las enzimas metabolizadoras de alcohol alcohol deshidrogenasa y aldehído deshidrogenasa pueden afectar la respuesta al alcohol. Al consumir alcohol, las personas con ciertos polimorfismos pueden experimentar rubor en la cara y palpitaciones, reacciones que pueden ser tan graves como para limitar o impedir futuras

el consumo de alcohol y disminuir el riesgo de trastorno por consumo de alcohol. Por ejemplo, estas variaciones genéticas se observan hasta en el 40 % de las personas japonesas, chinas y coreanas y se relacionan con menores riesgos de padecer el trastorno. Sin embargo, este efecto protector puede ser modulado por factores socioculturales, como lo demuestra el aumento de la prevalencia del trastorno por consumo de alcohol en Japón, China y Corea del Sur en las últimas décadas asociado con una creciente occidentalización y cambios en las actitudes culturales sobre el consumo de alcohol de las mujeres.

A pesar de las pequeñas variaciones con respecto a los elementos de criterio individuales, los criterios de diagnóstico se desempeñan igualmente bien en la mayoría de los grupos de raza/etnicidad.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género Los hombres

tiene tasas más altas de trastornos por consumo de alcohol y alcohol que las mujeres, aunque la brecha de género se está reduciendo ya que las mujeres comienzan a consumir alcohol a una edad más temprana. Debido a que las mujeres generalmente pesan menos que los hombres, tienen más grasa y menos agua en sus cuerpos y metabolizan menos alcohol en el esófago y el estómago, es probable que desarrollen niveles más altos de alcohol en la sangre por bebida que los hombres. Las mujeres que beben mucho también pueden ser más vulnerables que los hombres a algunas de las consecuencias físicas asociadas con el alcohol, incluidos los desmayos relacionados con el alcohol y la enfermedad hepática. Además, mientras que los mecanismos relacionados con la genética para el riesgo de alcohol se superponen para hombres y mujeres, los componentes ambientales específicos que se suman al riesgo pueden diferir entre sexos, especialmente durante la adolescencia. Beber durante el embarazo, que tiende a disminuir en general, puede ser un signo de un trastorno por consumo de alcohol.

Marcadores de diagnóstico Las

personas cuyo consumo excesivo de alcohol las coloca en un riesgo elevado de trastorno por consumo de alcohol pueden identificarse tanto a través de cuestionarios estandarizados como por elevaciones en los resultados de los análisis de sangre que probablemente se observarán con el consumo habitual de alcohol. Estas medidas no establecen un diagnóstico de un trastorno relacionado con el alcohol, pero pueden ser útiles para destacar a las personas por

559

de quien se debe recopilar más información. La prueba más directa disponible para medir transversalmente el consumo de alcohol es **la concentración de alcohol en sangre**, que también se puede utilizar para juzgar la tolerancia al alcohol. Por ejemplo, se puede suponer que un individuo con una concentración de 150 mg de etanol por decilitro (dL) de sangre que no muestra signos de intoxicación ha adquirido al menos cierto grado de tolerancia al alcohol. A 200 mg/dL, la mayoría de los individuos no tolerantes muestran una intoxicación grave.

Con respecto a las pruebas de laboratorio, un indicador de laboratorio sensible del consumo excesivo de alcohol es una elevación moderada o niveles normales altos (>35 unidades) de gamma-glutamiltransferasa (GGT). Este puede ser el único hallazgo de laboratorio. Al menos el 70% de las personas con un nivel alto de GGT son bebedores empoderados persistentes (es decir, consumen ocho o más bebidas al día de forma regular). Una segunda prueba con niveles comparables o incluso más altos de sensibilidad y especificidad es la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), con niveles de 20 unidades o más útiles para identificar a las personas que consumen regularmente ocho o más bebidas al día. Dado que tanto los niveles de GGT como de CDT vuelven a la normalidad dentro de días o semanas después de dejar de beber, ambos marcadores de estado pueden ser útiles para monitorear la abstinencia, especialmente cuando el médico observa aumentos, en lugar de disminuciones, en estos valores con el tiempo, un hallazgo que indica que es probable que el individuo haya vuelto a beber en exceso. La combinación de pruebas para CDT y GGT puede tener niveles incluso más altos de sensibilidad y especificidad que cualquiera de las pruebas usadas solas. Otras pruebas útiles incluyen el volumen corpuscular medio (MCV), que puede estar elevado a valores normales altos en personas que beben mucho, un cambio que se debe a los efectos tóxicos directos del alcohol sobre la eritropoyesis. Aunque el MCV se puede utilizar para ayudar

identificar a los que beben mucho, es un método deficiente para controlar la abstinencia debido a la larga vida media de los glóbulos rojos. Las pruebas de función hepática (p. ej., alanina aminotransferasa y fosfatasa alcalina) pueden revelar daño hepático que es consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Otros marcadores potenciales de consumo excesivo de alcohol que son más inespecíficos para el alcohol pero que pueden ayudar al médico a pensar en los posibles efectos del alcohol incluyen elevaciones en los niveles sanguíneos o lípidos (p. ej., triglicéridos y colesterol de lipoproteínas de alta densidad) y niveles normales altos de ácido úrico .

Los marcadores de diagnóstico adicionales se relacionan con los signos y síntomas que reflejan las consecuencias que a menudo se asocian con el consumo persistente de alcohol. Por ejemplo, la gastritis puede acompañarse de dispepsia, náuseas y distensión abdominal, y la hepatomegalia, las várices esofágicas y las hemorroides pueden reflejar cambios en el hígado inducidos por el alcohol. Otros signos físicos de consumo excesivo de alcohol incluyen temblores, marcha inestable, insomnio y disfunción eréctil. Los hombres con trastorno crónico por consumo de alcohol pueden exhibir disminución del tamaño testicular y efectos feminizantes asociados con niveles reducidos de testosterona. El consumo excesivo de alcohol repetido en las mujeres se asocia con irregularidades menstruales y, durante el embarazo, aborto espontáneo y síndrome alcohólico fetal. Las personas con antecedentes preexistentes de epilepsia o traumatismo craneoencefálico grave tienen más probabilidades de desarrollar convulsiones relacionadas con el alcohol. La abstinencia de alcohol puede estar asociada con náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, tez hinchada con manchas y edema periférico leve.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas La mayoría de los estudios sobre tendencias suicidas y alcohol abordan el consumo de alcohol en lugar del trastorno por consumo de alcohol. Sin embargo, un estudio de autopsia psicológica en Australia encontró que la agresión, la comorbilidad psiquiátrica y los conflictos interpersonales recientes son factores de riesgo de suicidio en personas con trastorno por consumo de alcohol. Una revisión de estudios de 1999 a 2014 realizados en varios países, incluidos los Estados Unidos, informó que tanto la intoxicación como el consumo excesivo crónico de alcohol están asociados con el suicidio, datos extensos a nivel de población vinculan el alcohol con el suicidio, y hay evidencia que sugiere que el alcohol restrictivo las políticas pueden ayudar a prevenir el suicidio a nivel de la población general. Un metanálisis de estudios realizados en los Estados Unidos y varios otros países desde 1996 hasta 2015 encontró que, en comparación con las personas que no bebían, el consumo agudo de alcohol se asoció con una tasa casi

560

aumento de siete veces el riesgo de intento de suicidio. Además, en este metanálisis, así como en estudios cruzados de casos y controles en los EE. UU., el consumo más intenso de alcohol en 24 horas fue un factor de riesgo mucho más potente para el intento de suicidio que el consumo más bajo de alcohol. En una cohorte de pacientes en Mississippi, el uso concomitante agudo de alcohol y sedantes tuvo una asociación aún más fuerte con el intento de suicidio en comparación con el consumo de alcohol solo. Una revisión sistemática y un metanálisis de estudios desde 1975 hasta 2014 en varios países, incluido Estados Unidos, encontró que el consumo de alcohol está asociado con la posesión de armas de fuego, que los bebedores de alcohol tienen entre cuatro y seis veces más probabilidades de morir por suicidio con un arma que los no bebedores, y que los bebedores empedernidos son más propensos a elegir armas de fuego en lugar de otros métodos de suicidio en comparación con los no bebedores.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de alcohol Las características diagnósticas del trastorno por consumo de alcohol resaltan las principales áreas del funcionamiento de la vida que probablemente se vean afectadas. Estos incluyen la conducción y el manejo de maquinaria, la escuela y el trabajo, las relaciones interpersonales y la comunicación, y la salud. Los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al ausentismo laboral, los accidentes laborales y la baja productividad de los empleados. Las tasas son elevadas en las personas sin hogar, lo que quizás refleja una espiral descendente en el funcionamiento social y ocupacional, aunque la mayoría de las personas

con trastorno por consumo de alcohol continúan viviendo con sus familias y funcionando dentro de sus trabajos.

El trastorno por consumo de alcohol se asocia con un aumento significativo en el riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que uno de cada cinco ingresos a la unidad de cuidados intensivos en algunos hospitales urbanos está relacionado con el alcohol y que el 40% de las personas en los Estados Unidos experimentan un evento adverso relacionado con el alcohol en algún momento de sus vidas, y el alcohol representa hasta el 55% de accidentes de tráfico mortales. El trastorno por consumo de alcohol grave, especialmente en individuos con trastorno de personalidad antisocial, se asocia con la comisión de actos delictivos, incluido el homicidio. El consumo problemático severo de alcohol también contribuye a la desinhibición y los sentimientos de tristeza e irritabilidad, que contribuyen a los intentos de suicidio y al suicidio.

La abstinencia de alcohol imprevista en personas hospitalizadas para las que se ha pasado por alto un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol puede aumentar los riesgos y los costos de la hospitalización y el tiempo de permanencia en el hospital.

Diagnóstico diferencial

Consumo no patológico de alcohol. El elemento clave del trastorno por consumo de alcohol es el consumo de grandes dosis de alcohol con el consiguiente malestar repetido y significativo o deterioro del funcionamiento. Si bien la mayoría de los bebedores a veces consumen suficiente alcohol para sentirse intoxicados, solo una minoría (< 20%) llega a desarrollar un trastorno por consumo de alcohol. Por tanto, beber, incluso diariamente, en dosis bajas y las intoxicaciones ocasionales no hacen por sí solos este diagnóstico.

Intoxicación alcohólica, abstinencia alcohólica y trastornos mentales inducidos por el alcohol. El trastorno por consumo de alcohol se diferencia de la intoxicación por alcohol, la abstinencia de alcohol y los trastornos mentales inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno depresivo inducido por el alcohol) en que el trastorno por consumo de alcohol describe un patrón problemático de consumo de alcohol que implica un control deficiente sobre el consumo de alcohol, deterioro social debido a el consumo de alcohol, el consumo de riesgo de alcohol (p. ej., conducir en estado de ebriedad) y los síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia), mientras que la intoxicación por alcohol, la abstinencia de alcohol y los trastornos mentales inducidos por el alcohol describen síndromes psiquiátricos que se desarrollan en el contexto de un consumo intenso. La intoxicación por alcohol, la abstinencia de alcohol y los trastornos mentales inducidos por el alcohol ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de alcohol. En tales casos, se debe dar un diagnóstico de intoxicación alcohólica, abstinencia alcohólica o trastorno mental inducido por el alcohol además

561

un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los signos y síntomas del trastorno por consumo de alcohol son similares a los observados en el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los dos deben distinguirse, sin embargo, porque el curso puede ser diferente, especialmente en relación con problemas médicos.

Trastorno de conducta en la infancia y trastorno antisocial de la personalidad. El trastorno por consumo de alcohol, junto con otros trastornos por consumo de sustancias, se observa en la mayoría de las personas con trastorno de personalidad antisocial y trastorno de conducta preexistente. Debido a que estos diagnósticos están asociados con un inicio temprano del trastorno por consumo de alcohol, así como con un peor pronóstico, es importante establecer ambas condiciones.

comorbilidad

Los trastornos bipolares, la esquizofrenia y el trastorno de personalidad antisocial están asociados con el trastorno por consumo de alcohol, y la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresión están asociados

con el trastorno por consumo de alcohol también. Al menos una parte de la asociación informada entre la depresión y el trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave puede atribuirse a síntomas depresivos comórbidos temporales inducidos por el alcohol como resultado de los efectos agudos de la intoxicación o la abstinencia, aunque este punto se ha debatido durante mucho tiempo.

La intoxicación alcohólica grave y repetida también puede suprimir los mecanismos inmunitarios y predisponer a las personas a infecciones y aumentar el riesgo de cáncer.

Intoxicación alcohólica

Criterios de diagnóstico

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., conducta sexual o agresiva inapropiada, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después de la ingestión de alcohol.
- C. Uno (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después, consumo de alcohol:
 - 1. Habla arrastrada.
 - 2. Falta de coordinación.
 - 3. Marcha inestable.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Deterioro de la atención o la memoria.
 - 6. Estupor o coma.
- D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno por consumo de alcohol comórbido. Si un trastorno por consumo de alcohol leve es comórbido, el código ICD-10-CM es **F10.120**, y si un trastorno por consumo de alcohol moderado o grave es comórbido, el código ICD-10-CM es **F10.220**. Si no hay un trastorno por consumo de alcohol comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F10.920**.

562

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por alcohol es la presencia de cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos y, a veces, potencialmente mortales (p. ej., comportamiento sexual o agresivo inapropiado, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio y la toma de decisiones, dificultades con tareas complejas como conducir, y funcionamiento social u ocupacional deteriorado) que se desarrollan durante o poco después de la ingestión de alcohol (Criterio B). Estos cambios van acompañados de evidencia de deterioro del funcionamiento y del juicio y, si la intoxicación es intensa, puede provocar un coma potencialmente mortal. Los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica (p. ej., cetoacidosis diabética), no ser un reflejo de condiciones como el delirio y no estar relacionados con la intoxicación con otras drogas depresoras (p. ej., benzodiazepinas) (Criterio D). Los niveles de falta de coordinación pueden interferir con las habilidades de conducción y el desempeño de las actividades habituales hasta el punto de causar accidentes de vehículos u otros eventos que provoquen lesiones.

La evidencia del consumo de alcohol se puede obtener al oler el alcohol en el aliento del individuo,

obtener una historia del individuo o de otro observador y, cuando sea necesario, hacer que el individuo proporcione muestras de aliento, sangre u orina para análisis toxicológicos.

Funciones asociadas

Es probable que los signos y síntomas de intoxicación sean más intensos cuando el nivel de alcohol en sangre aumenta que cuando disminuye. La duración de la intoxicación depende de cuánto alcohol se haya consumido durante qué período de tiempo. En general, el cuerpo es capaz de metabolizar aproximadamente una bebida por hora, por lo que el nivel de alcohol en sangre generalmente disminuye a un ritmo de 15 a 20 mg/dl por hora.

Incluso durante una intoxicación leve por alcohol, es probable que se observen diferentes síntomas en diferentes momentos. La evidencia de intoxicación leve con alcohol se puede ver en la mayoría de las personas después de aproximadamente dos bebidas (cada bebida estándar contiene aproximadamente 10 a 12 gramos de etanol y aumenta la concentración de alcohol en sangre aproximadamente 20 mg/dL). Al comienzo del período de bebida, cuando los niveles de alcohol en la sangre aumentan, los síntomas a menudo reflejan estimulación (p. ej., locuacidad, una sensación de bienestar, un estado de ánimo alegre y expansivo). Más tarde, especialmente cuando los niveles de alcohol en la sangre están cayendo, es probable que el individuo se deprima progresivamente, se aísle y tenga deterioro cognitivo.

La intoxicación por alcohol a veces se asocia con amnesia de los eventos que ocurrieron durante el curso de la intoxicación ("apagones"). Este fenómeno está relacionado con un nivel de alcohol en sangre relativamente alto y, quizás, con la rapidez con la que se alcanza este nivel. La intoxicación alcohólica aguda puede causar alteraciones metabólicas (p. ej., hipoglucemia, alteraciones electrolíticas) y puede tener efectos cardiovasculares, respiratorios y/o gastrointestinales graves. Con niveles de alcohol en sangre muy altos (p. ej., 200 a 300 mg/dL), es probable que una persona que no ha desarrollado tolerancia al alcohol se quede dormida y entre en una primera etapa de anestesia. Los niveles más altos de alcohol en sangre (p. ej., más de 300 a 400 mg/dl) pueden causar inhibición de la respiración y el pulso e incluso la muerte en individuos no tolerantes.

La intoxicación por alcohol es un contribuyente importante a la violencia interpersonal y al comportamiento suicida. Entre las personas intoxicadas por el alcohol, parece haber una mayor tasa de lesiones accidentales (incluida la muerte debido a comportamientos asociados con alteración del juicio, autolesiones y violencia), comportamiento suicida y suicidio.

Predominio

Es probable que la gran mayoría de los consumidores de alcohol hayan estado intoxicados hasta cierto punto en algún momento de sus vidas. Por ejemplo, en 2018, el 43 % de los estudiantes de 12.º grado en los Estados Unidos informaron haberse "emborrachado" al menos una vez en la vida, y el 17,5 % de ellos informaron que se habían emborrachado al menos una vez en los 30 días anteriores.

Usando una definición de intoxicación de cuatro o más tragos estándar en cualquier día para mujeres y cinco o más

563

bebidas estándar en cualquier día para los hombres, la prevalencia de 12 meses de consumo de alcohol de alto riesgo en adultos de EE. UU. es del 17,4 % para nativos americanos, 15,1 % para afroamericanos, 13,5 % para latinos, 12,3 % para blancos no latinos y 7,2 % para asiáticos e isleños del Pacífico.

Desarrollo y curso La intoxicación por

lo general ocurre como un episodio que se desarrolla durante minutos u horas y, por lo general, dura varias horas. En los Estados Unidos, la edad promedio de la primera intoxicación es de aproximadamente 15 años, con la prevalencia más alta entre los 18 y los 25 años.

La frecuencia y la intensidad suelen disminuir con el avance de la edad. Cuanto antes el

inicio de una intoxicación regular, mayor será la probabilidad de que el individuo desarrolle un trastorno por consumo de alcohol.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental.

Los episodios de intoxicación por alcohol aumentan con características de personalidad de búsqueda de sensaciones e impulsividad.

Ambiental.

Los episodios de intoxicación por alcohol aumentan con los compañeros que beben mucho, con la creencia de que beber mucho es un componente importante de la diversión y con el uso del alcohol para hacer frente al estrés.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Los principales problemas son paralelos a las diferencias culturales con respecto al consumo de alcohol en general. Por ejemplo, algunas fraternidades y hermandades universitarias fomentan la intoxicación por alcohol. Esta condición también es frecuente en determinadas fechas de trascendencia cultural (p. ej., Nochevieja) y, para algunos subgrupos, durante eventos específicos (p. ej., velatorios tras funerales). Otros subgrupos fomentan el consumo de alcohol en celebraciones religiosas (p. ej., festividades judías y católicas), mientras que otros desaconsejan enfáticamente beber o embriagarse (p. ej., algunos grupos religiosos, como los mormones, los cristianos fundamentalistas y los musulmanes).

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género

Históricamente, en muchas sociedades occidentales, la aceptación de la bebida y la embriaguez es más tolerada para los hombres, pero tales diferencias de género pueden ser mucho menos prominentes en los últimos años, especialmente durante la adolescencia y la adulteración temprana. En general, las mujeres toleran menos la misma cantidad de alcohol que los hombres.

Marcadores de diagnóstico La

intoxicación generalmente se establece mediante la observación del comportamiento de un individuo y el olor a alcohol en el aliento. El grado de intoxicación aumenta con el nivel de alcohol en sangre o aliento de un individuo y con la ingestión de otras sustancias, especialmente aquellas con efectos sedantes.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Un estudio colaborativo

internacional en departamentos de emergencia en 17 países encontró que el consumo agudo de alcohol, independientemente del uso crónico, aumenta el riesgo de intento de suicidio, con cada trago aumentando el riesgo en un 30%. Para obtener más información, consulte "Asociación con pensamientos o conductas suicidas" en la sección Trastorno por consumo de alcohol.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por alcohol La intoxicación por

alcohol contribuyó a las más de 95 000 muertes y 2,8 millones de años de vida potencial perdidos cada año en los Estados Unidos desde 2011 hasta 2015, acortando la

vidas de los que fallecieron por un promedio de 30 años. Además, la intoxicación con esta droga contribuye a los enormes costos asociados con la conducción en estado de ebriedad y el tiempo perdido en la escuela.

o trabajo, así como discusiones interpersonales y peleas físicas.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. Varias afecciones médicas (p. ej., acidosis diabética) y neurológicas (p. ej., ataxia cerebelosa, esclerosis múltiple) pueden parecerse temporalmente a la intoxicación por alcohol.

Trastornos mentales inducidos por el alcohol. La intoxicación por alcohol se distingue de los trastornos mentales inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno depresivo inducido por el alcohol, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo depresivo) en estos últimos trastornos superan a los que suelen asociarse con la intoxicación por alcohol, predominan en el presentación clínica, y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intoxicación con fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o con otras sustancias sedantes (p. ej., antihistamínicos, fármacos anticolinérgicos) puede confundirse con intoxicación por alcohol. El diferencial requiere observar el alcohol en el aliento, medir los niveles de alcohol en la sangre o en el aliento, ordenar un examen médico y recopilar un buen historial. Los signos y síntomas de la intoxicación por sedantes-hipnóticos son muy similares a los observados con el alcohol e incluyen cambios psicológicos o conductuales problemáticos similares. Estos cambios van acompañados de evidencia de deterioro del funcionamiento y del juicio, que, si es intenso, puede provocar un coma potencialmente mortal, y niveles de falta de coordinación que pueden interferir con la capacidad de conducción y con la realización de las actividades habituales. Sin embargo, no hay olor como ocurre con el alcohol, pero es probable que haya evidencia de uso indebido de la droga depresora en los análisis toxicológicos de sangre u orina.

Comorbilidad

La intoxicación por alcohol puede ocurrir de manera concomitante con la intoxicación por otras sustancias, especialmente en individuos con trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial. Dada la superposición típica de la intoxicación por alcohol con el trastorno por consumo de alcohol, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de alcohol para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Abstinencia de alcohol

Criterios de diagnóstico

- A. Cese (o reducción) del consumo de alcohol que ha sido intenso y prolongado.
- B. Dos (o más) de los siguientes, que se desarrollan dentro de varias horas a unos pocos días después del cese (o reducción) del consumo de alcohol descrito en el Criterio A:
 1. Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o frecuencia del pulso superior a 100 lpm).
 2. Aumento del temblor de manos.
 3. Insomnio.
 4. Náuseas o vómitos.
 5. Alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas transitorias.
 6. Agitación psicomotora.
 7. Ansiedad.
 8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

565

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Especificar

si: **Con alteraciones de la percepción:** este especificador se aplica en el raro caso de que ocurran alucinaciones (generalmente visuales o táctiles) con pruebas de realidad intactas, o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de un delirio.

Nota de codificación: el código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno por consumo de alcohol comórbido y si existen o no alteraciones de la percepción.

Para la abstinencia de alcohol, sin alteraciones de la percepción: si existe comorbilidad con un trastorno leve por consumo de alcohol, el código ICD-10-CM es **F10.130**, y si existe comorbilidad con un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol, el código ICD-10-CM es **F10 .230**. Si no hay un trastorno por consumo de alcohol comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F10.930**.

Para la abstinencia de alcohol, con alteraciones de la percepción: si existe comorbilidad con un trastorno leve por consumo de alcohol, el código ICD-10-CM es **F10.132**, y si existe comorbilidad con un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol, el código ICD-10-CM es **F10 .232**. Si no hay un trastorno por consumo de alcohol comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F10.932**.

Especificadores

Cuando las alucinaciones ocurren en ausencia de delirio (es decir, en un sensorio claro), se debe considerar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de alcohol es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla dentro de varias horas a unos pocos días después del cese (o reducción) del consumo excesivo y prolongado de alcohol (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los síntomas que reflejan hiperactividad autonómica y ansiedad enumerados en el Criterio B, junto con síntomas gastrointestinales.

Los síntomas de abstinencia causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben atribuirse a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada), incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia (p. ej., abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) (Criterio D).

Los síntomas pueden aliviarse mediante la administración de alcohol o benzodiazepinas (p. ej., diazepam). Los síntomas de abstinencia generalmente comienzan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (es decir, dentro de las 4 a 12 horas) después de que se ha detenido o reducido el consumo de alcohol. Reflejando el metabolismo relativamente rápido del alcohol, los síntomas de la abstinencia de alcohol suelen tener una intensidad máxima durante el segundo día de abstinencia y es probable que mejoren notablemente al cuarto o quinto día. Sin embargo, después de la abstinencia aguda,

los síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica pueden persistir hasta por 3 a 6 meses a niveles más bajos de intensidad.

Menos del 10% de las personas que desarrollan abstinencia de alcohol alguna vez desarrollarán síntomas dramáticos (p. ej., hiperactividad autonómica severa, temblores, delirio por abstinencia de alcohol). Las convulsiones tónico-clónicas ocurren en menos del 3% de los individuos.

Funciones asociadas

Aunque la confusión y los cambios en la conciencia no son criterios básicos para la abstinencia de alcohol, el delirio por abstinencia de alcohol (ver "Delirio" en el capítulo "Trastornos neurocognitivos") puede ocurrir en el contexto de la abstinencia. Como ocurre con cualquier estado agitado y confuso, independientemente de la causa, además de una alteración de la conciencia y la cognición, el delirio de abstinencia puede incluir alucinaciones visuales, táctiles o (raramente) auditivas.

566

(Delirium tremens). Cuando se desarrolla el delirio por abstinencia de alcohol, es probable que exista una condición médica clínicamente relevante (p. ej., insuficiencia hepática, neumonía, hemorragia gastrointestinal, secuelas de traumatismo craneoencefálico, hipoglucemía, desequilibrio electrolítico, estado posoperatorio).

Predominio

Se estima que aproximadamente el 50% de las personas altamente funcionales de clase media con trastorno por consumo de alcohol en los Estados Unidos han experimentado alguna vez un síndrome de abstinencia de alcohol completo. Entre las personas con trastorno por consumo de alcohol que están hospitalizadas o sin hogar, la tasa de abstinencia de alcohol puede ser superior al 80%. Menos del 10% de las personas en abstinencia alguna vez demostraron delirio por abstinencia de alcohol o convulsiones por abstinencia. La prevalencia de los síntomas de abstinencia de alcohol no parece variar entre los grupos etnoraciales de EE. UU.

Desarrollo y evolución La abstinencia

alcohólica aguda ocurre como un episodio que suele durar de 4 a 5 días y sólo después de períodos prolongados de consumo excesivo de alcohol. La abstinencia es relativamente rara en personas menores de 30 años, y el riesgo y la gravedad aumentan con la edad.

Factores de riesgo y pronósticos La

abstinencia de alcohol es más probable que ocurra con una mayor ingesta de alcohol, y eso podría observarse con mayor frecuencia en individuos con trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial. Los estados de abstinencia también son más graves en personas que también dependen de otras drogas depresoras (sedantes-hipnóticos) y en personas que han tenido más experiencias de abstinencia de alcohol en el pasado. Los predictores de abstinencia grave de alcohol incluyen el delirio por abstinencia de alcohol, antecedentes de síndromes de abstinencia graves, niveles bajos de potasio en sangre, disminución del recuento de plaquetas e hipertensión sistólica.

Ambiental. La probabilidad de desarrollar abstinencia alcohólica aumenta con la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol. La mayoría de las personas con esta afección beben a diario y consumen grandes cantidades (aproximadamente más de ocho bebidas al día) durante varios días. Sin embargo, existen grandes diferencias entre individuos, con mayores riesgos para las personas con condiciones médicas concurrentes, aquellas con antecedentes familiares de abstinencia de alcohol (es decir, un componente genético), aquellas con abstinencia previa y las personas que consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. drogas

Marcadores de diagnóstico

La hiperactividad autonómica en el contexto de niveles de alcohol en sangre moderadamente altos pero en descenso y un historial de consumo excesivo y prolongado de alcohol indican una probabilidad de abstinencia de alcohol.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de alcohol

Los síntomas de abstinencia pueden servir para perpetuar los comportamientos de consumo de alcohol y contribuir a la recaída, lo que da como resultado un funcionamiento social y laboral persistentemente deteriorado.

Los síntomas que requieren desintoxicación supervisada médica resultan en la utilización del hospital y la pérdida de productividad laboral. En general, la presencia de abstinencia se asocia con un mayor deterioro funcional y un peor pronóstico entre las personas con trastorno por consumo de alcohol.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. Los síntomas de abstinencia de alcohol también pueden ser imitados por algunas condiciones médicas (p. ej., hipoglucemias y cetoacidosis diabética). Temblor esencial,

567

un trastorno que con frecuencia se presenta en familias, puede sugerir erróneamente el temblor asociado con la abstinencia de alcohol.

Trastornos mentales inducidos por el alcohol. La abstinencia de alcohol se distingue de los trastornos mentales inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos superan a los que normalmente se asocian con la abstinencia de alcohol, predominan en el cuadro clínico, presentación, y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos produce un síndrome muy similar al de la abstinencia alcohólica.

Comorbilidad Dada

La superposición típica de la abstinencia de alcohol con el trastorno por consumo de alcohol, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de alcohol para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Trastornos mentales inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos mentales inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"); trastorno bipolar y relacionado inducido por el alcohol ("Trastornos bipolares y relacionados"); trastorno depresivo inducido por el alcohol ("Trastornos Depresivos"); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol ("Trastornos de Ansiedad"); trastorno del sueño inducido por el alcohol ("trastornos del sueño y la vigilia"); disfunción sexual inducida por el alcohol ("Disfunciones sexuales"); y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por el alcohol ("Trastornos neurocognitivos").

Para el delirio por intoxicación alcohólica y el delirio por abstinencia de alcohol, consulte los criterios y la discusión del delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por el alcohol se diagnostican en lugar de la intoxicación por alcohol o la abstinencia de alcohol solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Funciones de diagnóstico y asociadas

Los perfiles de síntomas de una afección inducida por el alcohol se asemejan a los correspondientes trastornos mentales independientes que se describen en otras partes de este manual. Además, aunque las condiciones inducidas por el alcohol pueden tener las mismas consecuencias graves que los trastornos mentales independientes (p. ej., intentos de suicidio), es probable que mejoren sin un tratamiento formal en cuestión de días o semanas después del cese de la intoxicación grave y/o la abstinencia.

Cada trastorno mental inducido por el alcohol se enumera en la sección de diagnóstico correspondiente y, por lo tanto, aquí solo se ofrece una breve descripción. Estos trastornos mentales inducidos por el alcohol deben haberse desarrollado en el contexto de una intoxicación grave por alcohol y/o abstinencia de alcohol.

Dado que la presentación de un trastorno mental inducido por el alcohol se asemeja sintomáticamente a las presentaciones de trastornos mentales independientes de la misma clase diagnóstica, deben diferenciarse en función de la relación temporal entre el consumo de alcohol y los síntomas psiquiátricos. Es probable que las personas con trastornos mentales inducidos por el alcohol también demuestren las características asociadas que se observan con un trastorno por consumo de alcohol, como se enumeran en esa subsección.

Debe haber evidencia de que el trastorno que se observa probablemente no se explique mejor por un trastorno mental independiente. Esto último es probable que ocurra si el estado mental

568

el trastorno estaba presente antes de la intoxicación grave o la abstinencia, o continuaba durante más de 1 mes después del cese de la intoxicación grave o la abstinencia. Cuando los síntomas se observan solo durante un delirio, deben considerarse parte del delirio y no diagnosticarse por separado, ya que muchos síntomas (incluidos los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y la prueba de la realidad) se observan comúnmente durante los estados de agitación y confusión.

El trastorno mental inducido por el alcohol debe ser clínicamente relevante y causar una angustia significativa o un deterioro funcional significativo. Finalmente, hay indicios de que la ingesta de sustancias de abuso en el contexto de un trastorno mental preexistente probablemente resulte en una intensificación del síndrome independiente preexistente.

Las tasas de trastornos mentales inducidos por el alcohol varían un poco según la categoría de diagnóstico. Por ejemplo, el riesgo a lo largo de la vida de sufrir episodios depresivos mayores en individuos con trastorno por consumo de alcohol es de aproximadamente 40%, pero solo alrededor de un tercio a la mitad de estos representan síndromes depresivos mayores independientes observados fuera del contexto de la intoxicación. Es probable que se produzcan tasas similares de trastornos del sueño y de ansiedad inducidos por el alcohol, pero se estima que los episodios psicóticos inducidos por el alcohol se observan en menos del 5% de las personas con trastorno por consumo de alcohol.

Desarrollo y curso Una vez presentes, los

síntomas de un trastorno mental inducido por el alcohol probablemente seguirán siendo clínicamente relevantes mientras el individuo continúe experimentando una intoxicación grave o abstinencia. Si bien los síntomas pueden ser idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., psicosis, trastorno depresivo mayor), y aunque pueden tener las mismas consecuencias graves (p. ej., intentos de suicidio), todos los trastornos mentales inducidos por el alcohol distintos de los trastornos neurocognitivos inducidos por el alcohol Trastorno amnésico de tipo confabulatorio amnésico (trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol), independientemente de la gravedad de los síntomas, es probable que mejore con relativa rapidez y es poco probable que siga siendo clínicamente relevante durante más de 1 mes después del cese de la intoxicación grave y/o la abstinencia.

Los trastornos mentales inducidos por el alcohol son una parte importante de los diagnósticos diferenciales para las condiciones mentales independientes. Esquizofrenia independiente, mayor

el trastorno depresivo, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, probablemente se asocian con períodos de síntomas mucho más prolongados y, a menudo, requieren medicamentos a más largo plazo para optimizar la probabilidad de mejoría o recuperación. Por otro lado, es probable que los trastornos mentales inducidos por el alcohol tengan una duración mucho más breve y desaparezcan entre varios días y un mes después del cese de la intoxicación grave y/o la abstinencia, incluso sin medicamentos psicotrópicos.

La importancia de reconocer un trastorno mental inducido por el alcohol es similar a la relevancia de identificar el posible papel de algunas condiciones endocrinas y reacciones a medicamentos antes de diagnosticar un trastorno mental independiente. A la luz de la alta prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en todo el mundo, es importante que estos diagnósticos inducidos por el alcohol se consideren antes de diagnosticar trastornos mentales independientes.

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

F10.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o cualquier de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

569

Trastornos relacionados con la cafeína

Intoxicación por cafeína

Abstinencia de cafeína

Trastornos mentales inducidos por la cafeína

Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

Intoxicación por cafeína

Criterios de diagnóstico

15.920 F

- A. Consumo reciente de cafeína (típicamente una dosis alta muy por encima de 250 miligramos).
- B. Cinco (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después, consumo de cafeína:
 - 1. Inquietud.
 - 2. Nerviosismo.
 - 3. Emoción.
 - 4. Insomnio.
 - 5. Cara sonrojada.
 - 6. Diuresis.

- 7. Trastorno gastrointestinal.
 - 8. Contracciones musculares.
 - 9. Flujo divagante de pensamiento y habla.
 - 10. Taquicardia o arritmia cardíaca.
 - 11. Períodos de inagotabilidad.
 - 12. Agitación psicomotora.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

Características de

diagnóstico La cafeína se puede consumir de varias fuentes diferentes, como café, té, refrescos con cafeína, bebidas "energéticas", analgésicos de venta libre y remedios para el resfriado, ayudas para bajar de peso y chocolate. La cafeína también se utiliza cada vez más como aditivo de vitaminas y productos alimenticios. Más del 85% de los niños y adultos en los Estados Unidos consumen cafeína. Algunos usuarios de cafeína muestran síntomas consistentes con el uso problemático, incluida la tolerancia y la abstinencia (ver "Abstinencia de cafeína" más adelante en este capítulo); los datos no están disponibles en este momento para determinar la importancia clínica de un trastorno por consumo de cafeína y su prevalencia. Por el contrario, existe evidencia de que la abstinencia de cafeína y la intoxicación por cafeína son clínicamente significativas y suficientemente prevalentes.

La característica esencial de la intoxicación por cafeína es el consumo reciente de cafeína y cinco o más signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después del consumo de cafeína (Criterios A y B). Los síntomas incluyen inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, enrojecimiento de la cara, diuresis y molestias gastrointestinales, que pueden ocurrir con dosis bajas (p. ej., 200 mg) en

570

personas vulnerables como niños, ancianos o personas que no han estado expuestas a la cafeína anteriormente. Los síntomas que generalmente aparecen a niveles de más de 1 g/día incluyen espasmos musculares, flujo inestable del pensamiento y el habla, taquicardia o arritmia cardíaca, períodos de inagotabilidad y agitación psicomotora. La intoxicación por cafeína puede no ocurrir a pesar del alto consumo de cafeína debido al desarrollo de tolerancia. Los signos o síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los signos o síntomas no deben atribuirse a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad) o intoxicación con otra sustancia (Criterio D).

Funciones asociadas

Pueden ocurrir alteraciones sensoriales leves (p. ej., zumbidos en los oídos y destellos de luz) con altas dosis de cafeína. Aunque grandes dosis de cafeína pueden aumentar la frecuencia cardíaca, las dosis dietéticas típicas pueden disminuir la frecuencia cardíaca. No está claro si el consumo excesivo de cafeína puede causar dolores de cabeza. En el examen físico, se pueden observar agitación, inquietud, sudoración, taquicardia, rubor en la cara y aumento de la motilidad intestinal. Los niveles de cafeína en la sangre pueden proporcionar información importante para el diagnóstico, particularmente cuando el individuo tiene una mala salud.

historiador, aunque estos niveles no son diagnósticos por sí mismos en vista de la variación individual en la respuesta a la cafeína.

Predominio

La prevalencia de la intoxicación por cafeína en la población general no está clara. En los Estados Unidos, aproximadamente el 7% de las personas de la población pueden experimentar cinco o más síntomas junto con un deterioro funcional compatible con un diagnóstico de intoxicación por cafeína.

El consumo de bebidas energéticas con cafeína, a menudo junto con el alcohol, que conduce a la intoxicación por cafeína, ha aumentado entre los adolescentes y adultos jóvenes en países de ingresos altos, lo que ha dado lugar a la duplicación de las visitas a los servicios de urgencias de EE. UU. relacionadas con las bebidas energéticas con cafeína entre 2007 y 2011.

Desarrollo y curso De acuerdo con una vida

media de la cafeína de aproximadamente 4 a 6 horas, los síntomas de intoxicación por cafeína generalmente remiten dentro del primer día y no tienen consecuencias duraderas conocidas. Sin embargo, las personas que consumen dosis muy altas de cafeína (es decir, 5 a 10 g) pueden requerir atención médica inmediata, ya que tales dosis pueden ser letales.

Con el avance de la edad, es probable que las personas demuestren reacciones cada vez más intensas a la cafeína, con mayores quejas de interferencia con el sueño o sentimientos de hiperexcitación. Se ha observado intoxicación por cafeína entre jóvenes después del consumo de productos con alto contenido de cafeína, incluidas las bebidas energéticas. Los niños y adolescentes pueden tener un mayor riesgo de intoxicación por cafeína debido al bajo peso corporal, la falta de tolerancia y la falta de conocimiento sobre los efectos farmacológicos de la cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental.

La intoxicación por cafeína a menudo se observa entre personas que consumen cafeína con menos frecuencia o en aquellos que han aumentado recientemente su consumo de cafeína en una cantidad sustancial. Además, los anticonceptivos orales disminuyen significativamente la eliminación de cafeína y, en consecuencia, pueden aumentar el riesgo de intoxicación.

Genético y fisiológico.

Los factores genéticos pueden afectar el riesgo de intoxicación por cafeína.

571

Consecuencias funcionales de la intoxicación por cafeína El deterioro de la intoxicación

por cafeína puede tener consecuencias graves, que incluyen disfunción en el trabajo o la escuela, indiscreciones sociales o incumplimiento de las obligaciones del rol.

Además, las dosis extremadamente altas de cafeína pueden ser fatales. En algunos casos, la intoxicación por cafeína puede precipitar un trastorno inducido por cafeína.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales independientes. La intoxicación por cafeína puede caracterizarse por síntomas (p. ej., ataques de pánico) que se asemejan a trastornos mentales independientes. Para cumplir con los criterios de intoxicación por cafeína, los síntomas no deben estar asociados con otra afección médica u otro trastorno mental, como un trastorno de ansiedad, que podría explicarlos mejor. Episodios maníacos; trastorno de pánico; trastorno de ansiedad generalizada; intoxicación por anfetaminas; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o abstinencia del tabaco; trastornos del sueño; y los efectos secundarios inducidos por medicamentos (p. ej., acatisia) pueden causar un cuadro clínico similar al de la intoxicación por cafeína.

Trastornos mentales inducidos por la cafeína.

La relación temporal de los síntomas con el aumento del uso de cafeína o con la abstinencia de cafeína ayuda a establecer el diagnóstico. La intoxicación por cafeína se diferencia del trastorno de ansiedad inducido por cafeína, con inicio durante la intoxicación (ver "Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos" en el capítulo "Trastornos de ansiedad"), y el trastorno del sueño inducido por cafeína, con inicio durante la intoxicación (ver "Trastornos de ansiedad / Trastorno del sueño inducido por medicación" en el capítulo "Trastornos del sueño y la vigilia"), debido a que los síntomas (p. ej., ansiedad e insomnio, respectivamente) en estos últimos trastornos son superiores a los que normalmente se asocian con la intoxicación por cafeína, predominan en la presentación clínica. , y son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Comorbilidad Las

dosis dietéticas típicas de cafeína no se han asociado consistentemente con problemas médicos. Sin embargo, el uso intenso (p. ej., > 400 mg) puede causar o exacerbar ansiedad y síntomas somáticos y malestar gastrointestinal. Con dosis agudas extremadamente altas de cafeína, las convulsiones de gran mal y la insuficiencia respiratoria pueden provocar la muerte. El uso excesivo de cafeína se asocia con trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos de la alimentación, trastornos psicóticos, trastornos del sueño y trastornos relacionados con sustancias, mientras que es más probable que las personas con trastornos de ansiedad eviten la cafeína.

Abstinencia de cafeína

Criterios de diagnóstico

F15.93

- A. Uso diario prolongado de cafeína.
- B. Cese abrupto o reducción del uso de cafeína, seguido dentro de las 24 horas por tres (o más) de los siguientes signos o síntomas:
 - 1. Dolor de cabeza.
 - 2. Marcada fatiga o somnolencia.
 - 3. Estado de ánimo disfórico, estado de ánimo deprimido o irritabilidad.
 - 4. Dificultad para concentrarse.
 - 5. Síntomas parecidos a los de la gripe (náuseas, vómitos o dolor/rigidez muscular).

572

- C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- D. Los signos o síntomas no están asociados con los efectos fisiológicos de otra afección médica (p. ej., migraña, enfermedad viral) y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Características diagnósticas La

característica esencial de la abstinencia de cafeína es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese abrupto (o reducción sustancial) de la ingesta diaria prolongada de cafeína (Criterio B). Debido a que las personas pueden desconocer la amplia gama de fuentes de cafeína más allá del café, las colas y las bebidas energéticas (p. ej., analgésicos de venta libre y remedios para el resfriado, ayudas para perder peso,

chocolate), es posible que no relacionen la ingestión de estas sustancias con los síntomas de abstinencia de cafeína. El síndrome de abstinencia de cafeína está indicado por tres o más de los siguientes (Criterio B): dolor de cabeza; fatiga marcada o somnolencia; estado de ánimo disfórico, estado de ánimo deprimido o irritabilidad; dificultad para concentrarse; y síntomas similares a los de la gripe (náuseas, vómitos o dolor/rigidez muscular). El síndrome de abstinencia causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben estar asociados con los efectos fisiológicos de otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

El dolor de cabeza es la característica distintiva de la abstinencia de cafeína y puede ser difuso, de desarrollo gradual, pulsátil, intenso y sensible al movimiento. Sin embargo, pueden ocurrir otros síntomas de abstinencia de cafeína en ausencia de dolor de cabeza. La cafeína es la droga conductualmente activa más utilizada en el mundo y está presente en muchos tipos diferentes de bebidas (por ejemplo, café, té, mate, refrescos, bebidas energéticas), alimentos, ayudas energéticas, medicamentos y suplementos dietéticos. Debido a que la ingesta de cafeína a menudo se integra en las costumbres sociales y los rituales diarios (p. ej., la pausa para el café, la hora del té), algunos consumidores de cafeína pueden no ser conscientes de su dependencia física de la cafeína. Por lo tanto, los síntomas de abstinencia de la cafeína podrían ser inesperados y atribuirse erróneamente a otras causas (p. ej., gripe, migraña). Además, los síntomas de abstinencia de cafeína pueden ocurrir cuando se requiere que las personas se abstengan de alimentos y bebidas antes de los procedimientos médicos o cuando se omite una dosis habitual de cafeína debido a un cambio en la rutina (p. ej., durante un viaje, los fines de semana).

La probabilidad y la gravedad de la abstinencia de cafeína generalmente aumentan en función de la dosis diaria habitual de cafeína. Sin embargo, existe una gran variabilidad entre los individuos y dentro de los individuos a lo largo de diferentes episodios en cuanto a la incidencia, la gravedad y el curso temporal de los síntomas de abstinencia. Los síntomas de abstinencia de cafeína pueden ocurrir después del cese abrupto de dosis diarias crónicas relativamente bajas de cafeína (es decir, 100 mg).

Funciones asociadas

Se ha demostrado que la abstinencia de cafeína está asociada con un deterioro del rendimiento conductual y cognitivo (p. ej., atención sostenida), así como con un aumento del tiempo total de sueño, la eficiencia del sueño y el sueño de ondas lentas. Los estudios electroencefalográficos han demostrado que los síntomas de abstinencia de cafeína están significativamente asociados con aumentos en el poder theta y disminuciones en el poder beta-2. También se ha informado una disminución de la motivación para trabajar y una disminución de la sociabilidad durante la abstinencia de cafeína. Se ha documentado un mayor uso de analgésicos durante la abstinencia de cafeína.

Predominio

Más del 85% de los adultos y niños en los Estados Unidos consumen cafeína regularmente, y los consumidores adultos de cafeína ingieren alrededor de 280 mg/día en promedio. La incidencia y la prevalencia del síndrome de abstinencia de cafeína en la población general no están claras. En los Estados Unidos, el dolor de cabeza puede ocurrir en aproximadamente el 50% de los casos de abstinencia de cafeína.

En los intentos de dejar de consumir cafeína de forma permanente, más del 70 % de las personas en un condado metropolitano de los EE. UU. informaron al menos un síntoma de abstinencia de cafeína (el 47 % experimentó dolor de cabeza) y el 24 % experimentó dolor de cabeza más uno o más síntomas, así como deterioro funcional debido a la retirada. Entre las personas que se abstuvieron de la cafeína durante al menos 24 horas pero que no intentaban dejar de consumir cafeína de forma permanente, el 11 % experimentó dolor de cabeza más uno o más síntomas, además de deterioro funcional. Los consumidores de cafeína pueden disminuir la incidencia de la cafeína

abstinencia mediante el uso de cafeína diariamente o con poca frecuencia (p. ej., no más de 2 días consecutivos). La reducción gradual de la cafeína durante un período de días o semanas puede disminuir la incidencia y la gravedad de la abstinencia de cafeína.

Desarrollo y curso Los síntomas

generalmente comienzan 12 a 24 horas después de la última dosis de cafeína y alcanzan su punto máximo después de 1 a 2 días de abstinencia. Los síntomas de abstinencia de cafeína duran de 2 a 9 días, con la posibilidad de que ocurran dolores de cabeza por abstinencia hasta por 21 días. Los síntomas suelen remitir rápidamente (dentro de 30 a 60 minutos) después de volver a ingerir cafeína. Las dosis de cafeína significativamente menores que la dosis diaria habitual del individuo pueden ser suficientes para prevenir o atenuar los síntomas de abstinencia de cafeína (p. ej., el consumo de 25 mg por parte de un individuo que normalmente consume 300 mg).

La cafeína es única en el sentido de que es una droga conductualmente activa que consumen personas de casi todas las edades, y las tasas de consumo de cafeína y el nivel general de consumo de cafeína aumentan con la edad. Aunque se ha documentado la abstinencia de cafeína en niños y adolescentes, se sabe relativamente poco sobre los factores de riesgo de la abstinencia de cafeína en este grupo de edad. El uso de bebidas energéticas con alto contenido de cafeína está aumentando entre los jóvenes, lo que podría aumentar el riesgo de abstinencia de cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Se ha observado un consumo elevado de cafeína entre las personas con trastornos mentales, incluidos los trastornos alimentarios y los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, así como entre las personas que fuman cigarrillos y las que están encarceladas. Por lo tanto, estas personas podrían tener un mayor riesgo de abstinencia de cafeína tras la abstinencia aguda de cafeína.

Ambiental. La falta de disponibilidad de cafeína es un factor de riesgo ambiental para los síntomas de abstinencia incipientes. Si bien la cafeína es legal y generalmente está ampliamente disponible, existen condiciones en las que el uso de cafeína puede estar restringido, como durante procedimientos médicos, embarazo, hospitalizaciones, celebraciones religiosas, tiempos de guerra, viajes y participación en investigaciones. Estas circunstancias ambientales externas pueden precipitar un síndrome de abstinencia en individuos vulnerables.

Genético y fisiológico. Los factores genéticos parecen aumentar la vulnerabilidad a la abstinencia de cafeína, pero no se han identificado genes específicos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los consumidores habituales de cafeína que ayunan por motivos religiosos pueden tener un mayor riesgo de abstinencia de cafeína.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El metabolismo de la cafeína es más lento en las mujeres que usan anticonceptivos orales y en la fase lútea del ciclo menstrual, y el metabolismo de la cafeína se vuelve progresivamente más lento en el segundo y tercer trimestre del embarazo en comparación con el primer trimestre y el segundo. estado de no embarazo. Estas características reducen la tasa de eliminación y pueden disminuir la abstinencia, aunque también pueden prolongar la duración de los síntomas adversos asociados con la cafeína. Es poco probable que las dosis < 300 mg/día se asocien con resultados reproductivos adversos en el embarazo.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de cafeína

Los síntomas de abstinencia de cafeína pueden variar de leves a extremos y, en ocasiones, causar un deterioro funcional en las actividades diarias normales. Las tasas de deterioro funcional en estudios realizados principalmente en los Estados Unidos oscilan entre el 10 % y el 55 % (mediana del 13 %), con tasas de hasta el 73 % encontradas entre personas que también muestran otras características problemáticas del consumo de cafeína. Los ejemplos de discapacidad funcional incluyen no poder trabajar, hacer ejercicio o cuidar a los niños; quedarse en la cama todo el día; servicios religiosos faltantes; terminar unas vacaciones antes de tiempo; y cancelar una reunión social. Las personas pueden describir los dolores de cabeza por abstinencia de cafeína como "los peores dolores de cabeza" jamás experimentados. También se han observado disminuciones en el rendimiento cognitivo y motor.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas y efectos secundarios de medicamentos. La abstinencia de cafeína puede imitar la migraña y otros trastornos de dolor de cabeza, enfermedades virales, sinusitis, tensión, otros estados de abstinencia de drogas (p. ej., de anfetaminas, cocaína) y efectos secundarios de medicamentos. La determinación final de la abstinencia de cafeína debe basarse en la determinación del patrón y la cantidad consumida, el intervalo de tiempo entre la abstinencia de cafeína y el inicio de los síntomas y las características clínicas particulares que presenta el individuo. Se puede usar una dosis de desafío de cafeína seguida de la remisión de los síntomas para confirmar el diagnóstico.

Trastorno del sueño inducido por cafeína. La abstinencia de cafeína se distingue del trastorno del sueño inducido por cafeína (p. ej., trastorno del sueño inducido por cafeína, tipo insomnio, que aparece durante la abstinencia) porque los síntomas del sueño son superiores a los que generalmente se asocian con la abstinencia de cafeína, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Comorbilidad

La abstinencia de cafeína puede estar asociada con el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave y el consumo de cannabis y cocaína.

Trastornos mentales inducidos por la cafeína

Los siguientes trastornos mentales inducidos por cafeína se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno de ansiedad inducido por cafeína ("Trastornos de ansiedad") y -trastorno del sueño inducido ("Trastornos del sueño-vigilia"). Estos trastornos mentales inducidos por la cafeína se diagnostican en lugar de la intoxicación por cafeína o la abstinencia de cafeína solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

F15.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la cafeína que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con la cafeína o cualquier de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

Trastornos relacionados con el cannabis

Trastorno por consumo de cannabis

Intoxicación por Cannabis

Abstinencia de cannabis

Trastornos mentales inducidos por el cannabis

Trastorno no especificado relacionado con el cannabis

Trastorno por consumo de cannabis

Criterios de diagnóstico

- A. Un patrón problemático de consumo de cannabis que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. El cannabis a menudo se consume en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que era. destinado.
- 2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo de cannabis.
- 3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener cannabis, consumir cannabis o recuperarse de sus efectos.
- 4. Antojo, o un fuerte deseo o urgencia de consumir cannabis.
- 5. Consumo recurrente de cannabis que resulta en el incumplimiento de un rol principal obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar.
- 6. Consumo continuo de cannabis a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del cannabis.
- 7. Se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas. o reducido debido al consumo de cannabis.
- 8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que es físicamente peligroso.
- 9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el cannabis.
- 10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores de cannabis para lograr la intoxicación o el efecto deseado. b. Efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de cannabis.
- 11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico del cannabis (consulte los Criterios A y B del conjunto de criterios para la abstinencia de cannabis). b. El cannabis (o una sustancia estrechamente relacionada) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión temprana: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de cannabis, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de cannabis se ha cumplido durante al menos 3 meses, pero

576

durante menos de 12 meses (con la excepción de que se puede cumplir el Criterio A4, "Deseo intenso o urgencia imperiosa de consumir cannabis").

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de cannabis, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de cannabis se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, "Deseo o un fuerte deseo o urgencia de consumir cannabis", puede estar presente).

Especificar

si: **En un entorno controlado:** Este especificador adicional se utiliza si la persona se encuentra en un entorno donde el acceso al cannabis está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis u otro trastorno mental inducido por cannabis, no utilice los códigos a continuación para el trastorno por consumo de cannabis. En cambio, el trastorno por consumo de cannabis comórbido se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por cannabis (consulte la nota de codificación para intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis o un trastorno mental específico inducido por cannabis). Por ejemplo, si existe un trastorno de ansiedad inducido por cannabis y un trastorno por consumo de cannabis comórbidos, solo se proporciona el código del trastorno de ansiedad inducido por cannabis, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de cannabis comórbido es leve, moderado o grave: F12.180 para un trastorno leve por consumo de cannabis con trastorno de ansiedad inducido por cannabis o F12.280 para un trastorno por consumo de cannabis moderado o grave con trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

Especifique la gravedad/remisión actual: F12.10

Leve: presencia de 2 o 3 síntomas.

F12.11 Leve, en remisión temprana F12.11

Leve, en remisión sostenida F12.20 Moderada:

presencia de 4-5 síntomas.

F12.21 Moderado, En remisión temprana F12.21

Moderado, En remisión sostenida F12.20 Severo: Presencia

de 6 o más síntomas.

F12.21 Grave, en remisión temprana F12.21

Grave, en remisión sostenida

Especificadores

"En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado).

Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

El cambio de la gravedad a lo largo del tiempo en un individuo también puede reflejarse en cambios en la frecuencia (p. ej., días de uso por mes o horas de uso por día) y/o dosis (p. ej.,

cantidad utilizada por episodio) de cannabis, según lo evaluado por el autoinforme individual, el informe de otros informados, las observaciones del médico y las pruebas biológicas.

Características de diagnóstico

El trastorno por consumo de cannabis incluye problemas asociados con el uso de sustancias derivadas de la planta de cannabis y compuestos sintéticos químicamente similares. En estas sustancias, el componente principal con efectos psicoactivos (y, por tanto, potencial adictivo) es el cannabinoide delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC o THC).

Los cannabinoides tienen diversos efectos en el cerebro, entre los que destacan las acciones sobre los receptores de cannabinoides CB1 y CB2 que se encuentran en todo el sistema nervioso central.

577

El cannabis se utiliza de muchas formas. Por lo general, se fuma en forma de cigarrillo (a menudo llamados "porros" o "reefers"), y también en pipas, pipas de agua (bongs o narguiles) o cigarros ahuecados ("blunts"). Los métodos desarrollados más recientemente incluyen "vapear" (vaporizar) calentando sin combustión material de cannabis de la planta para liberar componentes psicoactivos para la inhalación y "dabbing", en el que un producto de cannabis concentrado (aceite de hachís de butano, conocido como "dabs"), creado a través de extracción de butano de THC del material vegetal de cannabis, se calienta y se inhala. El vapeo y el dabbing están ganando popularidad, especialmente entre los jóvenes. El cannabis también se puede ingerir por vía oral en alimentos (comestibles) o bebidas. La inhalación típicamente produce un inicio de efectos más rápido e intenso que la administración oral. También se utiliza hachís o aceite de hachís, una extracción concentrada de la planta de cannabis. En todos los productos, la potencia del cannabis (concentración de THC) varía mucho, con un promedio del 10 % al 15 % en el material típico de la planta de cannabis, del 30 % al 40 % en el hachís y del 50 % al 55 % en el aceite de hachís. Durante las últimas dos décadas, la potencia de las plantas de cannabis ilegales incautadas ha aumentado constantemente, y los productos de cannabis legales pueden tener una potencia de THC aún mayor (por ejemplo, 20 % para el material vegetal y 68 % para los extractos de cannabis). Las formulaciones orales sintéticas de THC (píldora/cápsulas/aerosoles) también están disponibles para varios usos médicos (p. ej., dolor crónico, náuseas y vómitos causados por la quimioterapia o la anorexia, pérdida de peso entre las personas con SIDA). Otros compuestos de cannabinoides sintéticos totalmente ilícitos (p. ej., K2, Spice, JWH-018, JWH-073) se encuentran en forma de material vegetal rociado con una formulación de cannabinoides. Aunque estos cannabinoides sintéticos están diseñados para imitar los efectos del cannabis, su composición química, potencia, efectos y duración de la acción son impredecibles y pueden causar efectos adversos más graves que los productos de la planta de cannabis, como convulsiones, afecciones cardíacas, psicosis e incluso la muerte. .

En los Estados Unidos, el cannabis sigue siendo una sustancia ilegal según la ley federal, mientras que el estatus legal del cannabis varía según el estado. Por lo tanto, el uso de cannabis bajo la ley estatal puede involucrar un producto ilícito, un producto autorizado para fines médicos o un producto completamente legal. El propósito médico más común para el consumo de cannabis es el dolor crónico, y las condiciones aprobadas para el consumo de cannabis medicinal varían de un estado a otro. Cuando se toma cannabis o un cannabinoide según lo indicado para una afección médica, pueden producirse tolerancia y abstinencia (dependencia fisiológica), pero no deben ser la base principal para diagnosticar el trastorno por consumo de cannabis. Se sigue debatiendo la eficacia del cannabis para diferentes afecciones médicas, y se debe tener en cuenta el consumo de cannabis según las recomendaciones médicas cuando se considera un diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis.

Los patrones de consumo de cannabis pueden variar desde un consumo leve e infrecuente hasta un consumo intenso y frecuente. Las personas con el trastorno por consumo de cannabis del DSM-5 consumen cannabis con frecuencia (en promedio, 4 o más días a la semana), y algunas personas pueden consumir cannabis a lo largo del día durante un período de meses o años. Debido a la percepción cada vez más común de que el consumo de cannabis es inofensivo, es posible que las personas no reconozcan que los síntomas del trastorno por consumo de cannabis (p. ej., los síntomas de abstinencia) están relacionados con el cannabis. Adicionalmente, entre

personas con múltiples trastornos por consumo de sustancias, la falta de claridad acerca de si los síntomas son causados por el cannabis o por otras sustancias puede dar lugar a que no se notifiquen los síntomas del trastorno por consumo de cannabis.

El trastorno por consumo de cannabis se define por los mismos 11 criterios que definen los otros trastornos por consumo de sustancias, como lo respalda una considerable evidencia empírica. Estos criterios, un conjunto de síntomas físicos y conductuales, conducen a un deterioro o angustia clínicamente significativos y pueden incluir abstinencia, tolerancia, ansias, pasar mucho tiempo en actividades relacionadas con la sustancia y uso peligroso (p. ej., conducir bajo sus efectos). influencia). Algunas personas que consumen cannabis varias veces al día no se perciben a sí mismas como si pasaran demasiado tiempo bajo la influencia del cannabis o recuperándose de sus efectos, a pesar de estar intoxicados por el cannabis o de sus efectos la mayor parte del tiempo, la mayoría de los días. Un marcador importante de un trastorno grave por consumo de cannabis es el uso continuado a pesar de los efectos negativos en otras actividades o relaciones importantes (p. ej., escuela, trabajo, deportes, pareja o relación con los padres).

578

Los consumidores habituales de cannabis se vuelven tolerantes a muchos de los efectos agudos del cannabis, y el cese del consumo habitual de cannabis generalmente conduce a un síndrome de abstinencia de cannabis. La abstinencia del cannabis puede causar una angustia significativa, lo que lleva al uso continuado para aliviar los síntomas y la dificultad para dejar de usarlo o la recaída.

Funciones asociadas

Las personas que consumen cannabis de forma regular a menudo informan que lo usan para hacer frente al estado de ánimo, el insomnio, la ira, el dolor u otros problemas fisiológicos o psicológicos, y las personas a las que se les diagnostica un trastorno por consumo de cannabis suelen tener otros trastornos mentales concurrentes. Una evaluación cuidadosa puede revelar que el consumo de cannabis contribuye a la exacerbación de estos síntomas, así como otras razones para el uso frecuente (p. ej., los motivos de afrontamiento enumerados anteriormente, experimentar euforia, como una actividad social placentera). El consumo crónico de cannabis puede producir una falta de motivación que se asemeja al trastorno depresivo persistente.

Debido a que algunas personas pueden subestimar la cantidad o la frecuencia de su consumo de cannabis, el conocimiento del proveedor de los signos y síntomas comunes del consumo de cannabis y la intoxicación facilita una mejor evaluación del trastorno por consumo de cannabis. Algunos signos adicionales de uso agudo y crónico son ojos rojos (inyección conjuntival), olor a cannabis en la ropa, coloración amarillenta de las yemas de los dedos (por fumar porros), tos crónica, quema de incienso (para ocultar el olor) y deseo e impulso exagerados por alimentos, a veces en momentos extraños del día o de la noche.

Predominio

Los cannabinoides, especialmente el cannabis, son las sustancias psicoactivas ilícitas más consumidas en los Estados Unidos. Los siguientes datos de prevalencia se extrajeron de estudios basados en EE. UU., a menos que se indique lo contrario. Entre los jóvenes (de 12 a 17 años), la prevalencia del último año del trastorno por consumo de cannabis según el DSM-IV es del 2,7 % al 3,1 %. Entre los adultos mayores de 18 años, la prevalencia es del 1,5 % al 2,9 %. Entre los consumidores de cannabis, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis DSM-IV es del 20,4 % entre los jóvenes y del 30,6 % entre los adultos. Para el trastorno por consumo de cannabis del DSM-5, la prevalencia de 12 meses es de aproximadamente 2,5 % entre adultos (1,4 %, 0,6 % y 0,6 % en niveles leves, moderados y graves, respectivamente).

Durante la última década, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis ha disminuido entre los adolescentes. Por el contrario, entre los adultos, algunos estudios sugieren que la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis se ha mantenido estable o ha aumentado, por ejemplo, entre los adultos de la población general, los pacientes hospitalizados y los pacientes de la Administración de Salud de Veteranos. A nivel mundial, la tasa estandarizada por edad de consumo de cannabis

trastornos fue de 289,7 por cada 100.000 personas en 2016, un aumento del 25,6 % con respecto a 1990. La prevalencia varía ampliamente entre las regiones geográficas, siendo más baja en el África subsahariana occidental y más alta en América del Norte.

Según la edad, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis en los Estados Unidos es más alta entre las personas de 18 a 29 años (6,9 %) y más baja entre las personas de 45 años o más (0,8 %). Las tasas de trastorno por consumo de cannabis son mayores en hombres que en mujeres (3,5 % frente a 1,7 %) y en niños que en niñas de 12 a 17 años (3,4 % frente a 2,8 %), aunque las diferencias de género se han reducido en cohortes de nacimiento recientes a través de varios países. Con respecto a las diferencias etnoraciales, para los adolescentes de 12 a 17 años, las tasas son más altas entre los hispanos (3,8 %), seguidos de los blancos (3,1 %), los afroamericanos (2,9 %) y otros grupos etnoraciales (2,3 %). Entre los adultos, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis es del 5,3 % en indios americanos y nativos de Alaska, del 4,5 % en afroamericanos, del 2,6 % en hispanos, del 2,2 % en blancos y del 1,3 % en asiáticos e isleños del Pacífico. En los Estados Unidos y otros países de altos ingresos, la cantidad de personas que buscan tratamiento por problemas relacionados con el cannabis ha aumentado desde la década de 1990. Sin embargo, entre los adultos con trastorno por consumo de cannabis, solo entre el 7 % y el 8 % recibieron algún tipo de tratamiento específico de cannabis en el último año, lo que indica que el trastorno por consumo de cannabis es una afección gravemente subtratada.

579

Desarrollo y curso El inicio del trastorno

por consumo de cannabis puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común durante la adolescencia o la adultez temprana. La creciente aceptabilidad y disponibilidad de la marihuana medicinal y recreativa puede afectar el desarrollo y el curso del trastorno por consumo de cannabis, con una mayor aparición entre los adultos mayores.

Generalmente, el trastorno por consumo de cannabis se desarrolla durante un período de tiempo prolongado, aunque la progresión puede ser más rápida en los adolescentes, particularmente en aquellos con problemas de conducta. La mayoría de las personas que desarrollan un trastorno por consumo de cannabis establecen un patrón de consumo de cannabis que aumenta gradualmente en frecuencia y cantidad. Desde alrededor de 2010, el cannabis ha desplazado cada vez más al alcohol y al tabaco en los Estados Unidos como la primera sustancia psicoactiva utilizada durante la adolescencia. Esto puede atribuirse a la disminución de la nocividad percibida del consumo de cannabis entre adolescentes y adultos y al hecho de que ahora muchos perciben el consumo de cannabis como menos dañino que el alcohol o el tabaco.

El trastorno por consumo de cannabis entre preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes se asocia con preferencias por la búsqueda de novedades y la asunción de riesgos, la violación de normas u otros comportamientos ilegales y el trastorno de conducta. Los casos más leves de trastorno por consumo de cannabis en los jóvenes reflejan principalmente el uso continuo a pesar de los problemas relacionados con la desaprobación del uso por parte de los compañeros, la administración escolar o la familia, y pueden poner a los jóvenes en riesgo de sufrir consecuencias físicas o conductuales. En casos más severos, la progresión al consumo solo o durante el día interfiere con el funcionamiento diario y reemplaza las actividades prosociales previamente establecidas.

El trastorno por consumo de cannabis entre adultos normalmente implica patrones bien establecidos de consumo diario de cannabis que continúan a pesar de problemas psicosociales o médicos claros. Muchos adultos experimentan repetidos deseos de dejar de fumar o han fracasado en repetidos intentos de dejar de fumar. Los casos de adultos más leves pueden parecerse a los casos de adolescentes leves en el sentido de que el consumo de cannabis no es tan frecuente o intenso, sino que continúa a pesar de las posibles consecuencias significativas del uso sostenido. La tasa de uso entre los adultos mayores y de mediana edad de los EE. UU. está aumentando, lo que puede atribuirse a una mayor disponibilidad y aceptabilidad, junto con un posible efecto de cohorte de "baby boomers" que resulta de la alta prevalencia de uso entre aquellos que eran adultos jóvenes a fines del siglo pasado. 1960 y 1970.

El inicio temprano del consumo de cannabis (por ejemplo, antes de los 15 años) es un predictor sólido del desarrollo del trastorno por consumo de cannabis y otros tipos de trastornos por consumo de sustancias y trastornos mentales durante la edad adulta joven. Este inicio temprano a menudo coincide con otros problemas de externalización (p. ej., síntomas de trastorno de conducta). Sin embargo, el inicio temprano también es un predictor de problemas de internalización y, como tal, puede reflejar un factor de riesgo general para el desarrollo de trastornos mentales.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Una historia de trastorno de conducta en la niñez o la adolescencia y el trastorno de personalidad antisocial son factores de riesgo para el desarrollo de muchos trastornos por uso de sustancias, incluido el trastorno por uso de cannabis. Otros factores de riesgo incluyen trastornos de externalización o internalización durante la infancia o la adolescencia. Los jóvenes con puntajes altos de desinhibición del comportamiento muestran trastornos por uso de sustancias de inicio temprano, incluido el trastorno por uso de cannabis y la participación de múltiples sustancias, y problemas de conducta tempranos.

Ambiental. Los factores de riesgo incluyen situaciones familiares inestables o abusivas, uso de cannabis entre familiares inmediatos, antecedentes infantiles de abuso emocional o físico o la muerte violenta de un familiar cercano o amigo, antecedentes familiares de trastornos por uso de sustancias y bajo nivel socioeconómico. Como ocurre con todas las sustancias de abuso, la facilidad de disponibilidad de la sustancia es un factor de riesgo; el cannabis es relativamente fácil de obtener en la mayoría de las culturas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de cannabis. Las leyes estatales cada vez más permisivas sobre la marihuana medicinal y recreativa de EE. UU. han reducido las barreras para obtener cannabis en aproximadamente dos tercios de los estados de EE. UU. Vivir en un estado de EE. UU. que ha legalizado las actividades recreativas

580

el consumo de marihuana aumenta el riesgo de trastorno por consumo de cannabis en adultos. El riesgo del trastorno entre los consumidores de cannabis del último año es mayor entre los adultos y adolescentes negros, nativos americanos, hispanos y asiáticos americanos, en relación con los blancos no hispanos.

Genético y fisiológico. Las influencias genéticas contribuyen al desarrollo de los trastornos por consumo de cannabis. Los factores hereditarios contribuyen entre el 30% y el 80% de la variación total en el riesgo de trastornos por consumo de cannabis, aunque los estudios aún no han identificado definitivamente las variantes genéticas específicas involucradas. Las influencias genéticas y ambientales compartidas entre el cannabis y otros tipos de trastornos por consumo de sustancias sugieren una base común general para los trastornos por consumo de sustancias que incluye el trastorno por consumo de cannabis.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

La aceptabilidad del cannabis para uso médico y recreativo ha variado ampliamente a lo largo del tiempo y entre contextos culturales. Actualmente, el cannabis es una de las sustancias psicoactivas más utilizadas en el mundo. En algunos entornos culturales, el consumo de cannabis está influenciado por el origen étnico, la religión y las prácticas socioculturales, como los movimientos políticos.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

En comparación con los hombres, las mujeres informan síntomas de abstinencia de cannabis más graves, especialmente síntomas del estado de ánimo como irritabilidad, inquietud e ira, y síntomas gastrointestinales como dolor de estómago y náuseas, que pueden contribuir a una posible telescopación (transición más rápida) desde el primer consumo de cannabis hasta el trastorno por consumo de cannabis.

El consumo de cannabis en el último mes fue informado por el 7,0% de las mujeres embarazadas en una encuesta representativa a nivel nacional de EE. UU. en 2016-2017. La tasa de consumo de cannabis es más baja en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas, pero la reanudación del consumo después del parto ocurre en la mayoría de las que logran la abstinencia durante el embarazo.

Marcadores de diagnóstico

La detección de 11-nor-9-carboxi-delta-9-tetrahidrocannabinol (THCCOOH) en la orina se utiliza a menudo como marcador biológico del consumo de cannabis. En usuarios frecuentes, las pruebas de orina para THCCOOH a menudo siguen siendo positivas durante semanas después del último uso, lo que limita los usos de estas pruebas (p. ej., estado de remisión), y se necesita experiencia en métodos de análisis de orina para interpretar los resultados de manera confiable. Sin embargo, un resultado positivo puede ser útil al trabajar con personas que niegan todo uso a pesar de las preocupaciones de familiares o amigos. Las pruebas para detectar la presencia de cannabinoides en la sangre que brindan resultados más detallados están en desarrollo activo, y el desarrollo de la detección usando fluidos orales puede eventualmente ofrecer la posibilidad de pruebas en carretera para usar en los esfuerzos de seguridad vial.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

En un estudio de veteranos de la era de Irak/Afganistán, después del ajuste por múltiples factores sociodemográficos, comorbilidades psiquiátricas y de otras sustancias, y traumas pasados, incluido el combate, el trastorno por consumo de cannabis todavía se asoció con un mayor riesgo de suicidio y autolesiones no suicidas. En un estudio de todos los pacientes de la Administración de Salud de Veteranos de EE. UU. en 2005, cualquier trastorno actual por uso de sustancias se asoció con un mayor riesgo de suicidio en ambos sexos, pero especialmente entre las mujeres. En particular, los hombres con trastorno por consumo de cannabis tenían una tasa de suicidio de 79 por 100 000 años-persona, y las mujeres con trastorno por consumo de cannabis tenían una tasa de suicidio de 47 por 100 000 años-persona. Una revisión y metanálisis de la literatura internacional desde 1990 hasta 2015 encontró evidencia de que el consumo crónico de cannabis, pero no el consumo agudo de cannabis, está asociado con pensamientos y conductas suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno

por consumo de cannabis Las consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cannabis forman parte de los criterios diagnósticos. Muchas áreas del funcionamiento psicosocial, cognitivo y de la salud pueden verse comprometidas en relación con

581

trastorno por consumo de cannabis. Aunque puede ser difícil distinguir las deficiencias a corto plazo debidas a la intoxicación por cannabis de las consecuencias funcionales a más largo plazo del trastorno por consumo de cannabis, la función cognitiva (particularmente la función ejecutiva superior), incluso cuando no están intoxicados, puede verse comprometida en los consumidores de cannabis en una dosis acumulativa. Relación dependiente, que puede contribuir a la dificultad en la escuela o el trabajo. Los accidentes debidos a actividades potencialmente peligrosas bajo la influencia (p. ej., conducción, deportes, en el trabajo) también son motivo de preocupación. En particular, los estudios controlados con placebo y los estudios epidemiológicos a gran escala muestran que el consumo de cannabis afecta el tiempo de reacción del conductor, las percepciones espaciales y la toma de decisiones. El consumo de cannabis también se ha relacionado con una reducción de la actividad dirigida a objetivos y una disminución de la autoeficacia, denominado **síndrome desmotivacional**, que se manifiesta en un rendimiento escolar o laboral deficiente. Del mismo modo, los problemas asociados con el cannabis con las relaciones sociales se informan comúnmente en las personas con trastorno por consumo de cannabis. El consumo de cannabis se asocia con una menor satisfacción con la vida y un mayor tratamiento y hospitalización por problemas de salud mental.

Diagnóstico diferencial

Consumo no problemático de cannabis Aunque la mayoría de las personas que consumen cannabis no tienen problemas relacionados con su consumo, entre el 20 % y el 30 % de los consumidores de cannabis experimentan síntomas y consecuencias asociadas compatibles con un trastorno por consumo de cannabis.

La diferenciación entre el consumo no problemático de cannabis y el trastorno por consumo de cannabis puede ser

desafiante porque es posible que las personas no atribuyan a la sustancia los problemas sociales, de comportamiento o psicológicos relacionados con el cannabis, especialmente en el contexto del consumo de varias sustancias. Además, la falta de reconocimiento del consumo intensivo de cannabis y su papel en los problemas asociados es común entre las personas que otros derivan a tratamiento (es decir, la escuela, la familia, el empleador, el sistema de justicia penal).

Intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis y trastornos mentales inducidos por cannabis

El trastorno por consumo de cannabis se diferencia de la intoxicación por cannabis, la abstinencia de cannabis y los trastornos mentales inducidos por cannabis (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por cannabis) en que el trastorno por consumo de cannabis describe un patrón problemático de consumo de cannabis que implica un control deficiente sobre el consumo de cannabis, deterioro social debido a al consumo de cannabis, el consumo de riesgo de cannabis (p. ej., conducir en estado de ebriedad) y los síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia), mientras que la intoxicación por cannabis, la abstinencia de cannabis y los trastornos mentales inducidos por cannabis describen síndromes psiquiátricos que se desarrollan en el contexto de una fuerte usar. La intoxicación por cannabis, la abstinencia de cannabis y los trastornos mentales inducidos por cannabis ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de cannabis. En tales casos, se debe dar un diagnóstico de intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis o un trastorno mental inducido por cannabis además de un diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Comorbilidad El

El trastorno por consumo de cannabis es muy comórbido con otros trastornos por consumo de sustancias (p. ej., alcohol, cocaína, opiáceos). Por ejemplo, en comparación con adultos sin trastorno por consumo de cannabis, tener un trastorno por consumo de cannabis multiplica el riesgo de cualquier otro trastorno por consumo de sustancias por un factor de aproximadamente nueve. El cannabis se ha considerado comúnmente como una droga de "entrada" porque las personas que consumen cannabis tienen una probabilidad de por vida sustancialmente mayor que los no consumidores de consumir posteriormente otras sustancias de mayor riesgo (p. ej., opioides o cocaína). Entre los adultos que buscan tratamiento por un trastorno por consumo de cannabis, muchos (63 %) informan un uso problemático de sustancias secundarias o terciarias, como alcohol, cocaína, metanfetamina/anfetamina y heroína u otros opiáceos, y el trastorno por consumo de cannabis suele ser un problema secundario o terciario entre aquellos con un diagnóstico primario de otros trastornos por uso de sustancias. Entre los adolescentes en tratamiento, el cannabis es frecuentemente la principal sustancia de abuso (76%).

582

Entre los adultos con el trastorno por consumo de cannabis según el DSM-5, el 64 % había tenido un trastorno por consumo de tabaco en el último año, y las probabilidades de un trastorno por consumo de tabaco comórbido aumentaron considerablemente a medida que aumentaba la gravedad del trastorno por consumo de cannabis.

Los trastornos mentales concurrentes también son comunes entre las personas con trastorno por consumo de cannabis e incluyen el trastorno depresivo mayor, los trastornos bipolares I y II, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de personalidad. En un estudio de gemelos de Minnesota, aproximadamente la mitad de los adolescentes con trastorno por consumo de cannabis tenían trastornos de internalización (p. ej., ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático) y el 64 % tenían trastornos de externalización (p. ej., trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención/hiperactividad).

Se ha planteado una preocupación considerable sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El consumo de cannabis en períodos críticos se asocia constantemente con un aumento de tres veces en el riesgo de psicosis. Las diferencias en la frecuencia del consumo diario de cannabis y el uso de variedades de cannabis de alta potencia pueden haber contribuido a la sorprendente variación en la incidencia del trastorno psicótico en 11 sitios europeos. La fracción atribuible a la población del cannabis regular para explicar los ingresos hospitalarios por psicosis se estimó en 17,7 % (IC 95 %: 1,2 %-45,5 %) en Chile. Por otro lado, algunos datos sugieren que el abuso infantil puede ser el factor determinante que aumenta el riesgo de abuso de cannabis y de psicosis.

En general, el consumo de cannabis puede contribuir a la aparición de un episodio psicótico agudo, puede exacerbar algunos síntomas y puede afectar negativamente al tratamiento de una enfermedad psicótica grave.

En cuanto a las condiciones médicas, el síndrome de hiperemesis cannabinoida es un síndrome de náuseas y vómitos cílicos asociado con el consumo regular de cannabis que se observa cada vez más en los servicios de urgencias a medida que aumenta la prevalencia del consumo de cannabis. Además, los trastornos respiratorios (p. ej., asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía) se asocian con el consumo habitual de cannabis (fumar, vapear o cigarrillos electrónicos) independientemente del consumo conjunto de tabaco, al igual que algunos resultados cardiovasculares adversos.

Intoxicación por Cannabis

Criterios de diagnóstico

- A. Consumo reciente de cannabis.
- B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., alteración de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de ralentización del tiempo, alteración del juicio, retraimiento social) que se desarrollaron durante o poco después del consumo de cannabis.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan dentro de 2 Horas de consumo de cannabis:
 - 1. Inyección conjuntival.
 - 2. Aumento del apetito.
 - 3. Boca seca.
 - 4. Taquicardia.
- D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

Especificar

si: **Con alteraciones de la percepción:** se producen alucinaciones con prueba de realidad intacta o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno por consumo de cannabis comórbido y si existen o no alteraciones de la percepción.

583

Para la intoxicación por cannabis, sin alteraciones de la percepción: si un trastorno por consumo de cannabis leve es comórbido, el código CIE-10-CM es **F12.120**, y si un trastorno por consumo de cannabis moderado o grave es comórbido, el código CIE-10-CM es **F12.220**. Si no hay un trastorno por consumo de cannabis comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F12.920**.

Para la intoxicación por cannabis, con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de cannabis es comórbido, el código CIE-10-CM es **F12.122**, y si un trastorno por consumo de cannabis moderado o grave es comórbido, el código CIE-10-CM es **F12.222**. Si no hay un trastorno por consumo de cannabis comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F12.922**.

Cuando las alucinaciones ocurren en ausencia de una prueba de realidad intacta, se debe considerar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por cannabis es la presencia de cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos que se desarrollan durante el consumo de cannabis o poco después (Criterio B). La intoxicación generalmente comienza con una sensación de "euforia" seguida de síntomas que incluyen euforia con risa inapropiada y grandiosidad, sedación, letargo, deterioro de la memoria a corto plazo, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro del juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro del rendimiento motor, y la sensación de que el tiempo pasa lento. Ocasionalmente, se presenta ansiedad (que puede ser severa), disforia o retraimiento social. Estos efectos psicoactivos van acompañados de dos o más de los siguientes signos, que se desarrollan dentro de las 2 horas posteriores al consumo de cannabis: inyección conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia (Criterio C).

La intoxicación se desarrolla en cuestión de minutos si se fuma la planta de cannabis, y puede tardar algunas horas en desarrollarse cuando el cannabis se ingiere por vía oral. Los efectos suelen durar de 3 a 4 horas, con una duración mayor cuando la sustancia se ingiere por vía oral. La magnitud de los cambios fisiológicos y de comportamiento depende de la dosis, el método de administración y las características del individuo que usa la sustancia, como la velocidad de absorción, la tolerancia y la sensibilidad a los efectos de la sustancia. Debido a que la mayoría de los cannabinoides, incluido el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), son liposolubles, los efectos del cannabis o el hachís pueden persistir o reaparecer ocasionalmente durante 12 a 24 horas debido a la liberación lenta de sustancias psicoactivas del tejido graso o a la circulación enterohepática.

Los cannabinoides sintéticos (p. ej., Spice), cuyo uso se ha vuelto más común en los últimos años, también producen efectos rápidos, que incluyen euforia, locuacidad, sentimientos de alegría y risa, y relajación. En términos de efectos psicoactivos, las dosis bajas de cannabinoides sintéticos y otros productos del cannabis son similares. Con dosis más altas de cannabinoides sintéticos, es más probable que se presenten síntomas delirantes y alucinatorios.

ocurrir.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de episodios de intoxicación por cannabis en la población general. Sin embargo, es probable que la mayoría de las personas que consumen cannabis experimenten en algún momento síntomas que cumplen los criterios de intoxicación por cannabis. Dado esto, la prevalencia de personas que consumen cannabis y la prevalencia de personas que experimentan intoxicación por cannabis probablemente sean similares.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por cannabis

El deterioro por intoxicación por cannabis puede tener consecuencias graves, que incluyen disfunción en el trabajo o la escuela, indiscreciones sociales, incumplimiento de las obligaciones laborales, accidentes de tráfico y relaciones sexuales sin protección. En casos raros, la intoxicación por cannabis puede precipitar una psicosis que puede variar en duración.

Diagnóstico diferencial Tenga

en cuenta que si la presentación clínica incluye alucinaciones en ausencia de pruebas de realidad intactas, se debe considerar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

La intoxicación por cannabis puede parecerse a la intoxicación por otro tipo de sustancias. Sin embargo, a diferencia de la intoxicación por cannabis, la intoxicación por alcohol y la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia disminuyen el apetito, aumentan el comportamiento agresivo y producen nistagmo o ataxia. Los alucinógenos en dosis bajas pueden causar un cuadro clínico que se asemeja a la intoxicación por cannabis. La fenciclidina, como el cannabis, se puede fumar y también provoca cambios en la percepción, pero es mucho más probable que la intoxicación por fenciclidina provoque ataxia y comportamiento agresivo.

Trastornos mentales inducidos por cannabis. La intoxicación por cannabis se distingue de los trastornos mentales inducidos por cannabis (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por cannabis, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos superan a los que normalmente se asocian con la intoxicación por cannabis, predominan en el presentación clínica, y son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la intoxicación por cannabis con el trastorno por consumo de cannabis, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de cannabis para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Abstinencia de cannabis

Criterios de diagnóstico

- A. El cese del consumo de cannabis que ha sido intenso y prolongado (es decir, el uso generalmente diario o casi diario durante un período de al menos unos meses).
- B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas se desarrollan dentro aproximadamente 1 semana después del Criterio A:
 1. Irritabilidad, ira o agresión.
 2. Nerviosismo o ansiedad.
 3. Dificultad para dormir (p. ej., insomnio, sueños perturbadores).
 4. Disminución del apetito o pérdida de peso.
 5. Inquietud.
 6. Estado de ánimo deprimido.
 7. Al menos uno de los siguientes síntomas físicos que causa malestar significativo: dolor abdominal, temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o dolor de cabeza.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por consumo de cannabis comórbido. Si un trastorno por consumo de cannabis leve es comórbido, el código ICD-10-CM es **F12.13**, y si un trastorno por consumo de cannabis moderado o grave es comórbido, el código ICD-10-CM es **F12.23**. Para la abstinencia de cannabis que se produce en ausencia de un trastorno por consumo de cannabis (p. ej., en un paciente que toma cannabis únicamente bajo la supervisión médica adecuada), el código ICD-10-CM es **F12.93**.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia del cannabis es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese del consumo regular de cannabis. Los consumidores habituales se vuelven tolerantes a muchos de los efectos agudos del cannabis, y el cese del consumo habitual puede provocar un síndrome de abstinencia del cannabis. Los síntomas comunes de abstinencia del cannabis incluyen irritabilidad, estado de ánimo deprimido, ansiedad, inquietud, dificultad para dormir y disminución del apetito o pérdida de peso. La abstinencia de cannabis puede causar una angustia significativa, lo que lleva al uso continuado para aliviar los síntomas, dificultad para dejar de fumar y recaídas. A diferencia de la abstinencia de otras sustancias (es decir, opioides, alcohol, sedantes), los síntomas conductuales y emocionales (p. ej., nerviosismo, irritabilidad, dificultad para dormir) suelen ser más comunes que los síntomas físicos (p. ej., temblores, sudoración).

Funciones asociadas

La abstinencia de cannabis puede ir acompañada de fatiga observada, bostezos, dificultad para concentrarse y períodos de rebote de aumento del apetito e hipersomnia que siguen a los períodos iniciales de pérdida de apetito e insomnio.

Predominio

Entre los consumidores de cannabis adultos y adolescentes, las estimaciones de prevalencia de los síntomas de abstinencia del cannabis varían ampliamente, del 35 % al 95 %, según investigaciones en los Estados Unidos y otros países. Parte de la variación en las tasas es probablemente atribuible a los métodos de evaluación y parte a las diferencias entre las muestras. Entre los consumidores adultos regulares de cannabis en la población general, el 12 % informó signos y síntomas que cumplían con los criterios para el síndrome completo de abstinencia de cannabis del DSM-5, con diferencias sustanciales en la prevalencia entre los blancos no latinos (10 %), los afroamericanos (15,3 %) y asiático-americanos, hawaianos nativos e isleños del Pacífico (31%).

Entre los adultos y adolescentes que están inscritos en tratamiento o son grandes consumidores de cannabis, entre el 50% y el 95% informa abstinencia de cannabis. Estos hallazgos indican que la abstinencia de cannabis ocurre entre un subconjunto sustancial de consumidores regulares de cannabis que intentan dejar de fumar.

El inicio **del desarrollo y retiro del curso**

generalmente ocurre dentro de las 24 a 48 horas posteriores al cese del uso. Alcanza su punto máximo en 2 a 5 días y se resuelve en 1 a 2 semanas, aunque la alteración del sueño puede persistir por más tiempo. Se desconoce la cantidad, la duración y la frecuencia del consumo de cannabis necesario para producir la abstinencia, pero el consumo más crónico y frecuente de cannabis se asocia con una mayor cantidad y gravedad de los síntomas de abstinencia. La abstinencia del cannabis puede ocurrir en adultos y adolescentes. Las mujeres pueden experimentar síntomas de abstinencia de cannabis más graves que los hombres.

Factores de riesgo y pronóstico

Entre los consumidores de cannabis, la propensión a experimentar abstinencia de cannabis es moderadamente hereditaria, lo que indica influencias genéticas. La prevalencia y la gravedad de la abstinencia de cannabis son mayores entre los grandes consumidores de cannabis, en particular los que buscan tratamiento para el trastorno por consumo de cannabis. La gravedad de la abstinencia también puede estar relacionada con la presencia y la gravedad de los síntomas comórbidos de los trastornos mentales.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de cannabis

Los usuarios de cannabis informan que consumen cannabis para aliviar los síntomas de abstinencia, lo que hace que la abstinencia de cannabis contribuya a la persistencia del trastorno por consumo de cannabis. Este

hace que la abstinencia de cannabis sea un objetivo actual para el desarrollo de medicamentos. Peores resultados pueden ser

586

asociado con una mayor abstinencia. Se ha informado que la dificultad para dormir es el síntoma de abstinencia más frecuentemente asociado con la recaída en el consumo de cannabis. Los consumidores de cannabis informan haber recaído en el consumo de cannabis o haber iniciado el uso de otras drogas (p. ej., tranquilizantes) para aliviar los síntomas de abstinencia del cannabis.

Diagnóstico diferencial Debido

a que muchos de los síntomas de abstinencia de cannabis son también síntomas de síndromes de abstinencia de otras sustancias o de trastornos depresivos o bipolares, la evaluación cuidadosa debe centrarse en garantizar que los síntomas no se expliquen mejor por el cese de otra sustancia (p. ej., abstinencia de tabaco o alcohol).), otro trastorno mental (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor) u otra afección médica. Dada la creencia cada vez más común de que el consumo de cannabis es inofensivo, los consumidores regulares de cannabis que experimentan abstinencia de cannabis pueden no darse cuenta de que sus síntomas de abstinencia se deben a los efectos del efecto del cannabis y continúan consumiéndolo como una forma de automedicación.

Comorbilidad

Entre los adultos consumidores frecuentes de cannabis, la abstinencia de cannabis se asocia con depresión, ansiedad y trastorno de personalidad antisocial comórbidos. Dada la superposición típica de la abstinencia de cannabis con el trastorno por consumo de cannabis, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de cannabis para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Trastornos mentales inducidos por el cannabis

Los siguientes trastornos mentales inducidos por cannabis se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por cannabis ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"); trastorno de ansiedad inducido por cannabis ("Trastornos de ansiedad"); y el trastorno del sueño inducido por cannabis ("Trastornos del sueño y la vigilia"). Para el delirio por intoxicación por cannabis y el delirio inducido por agonistas de los receptores de cannabis farmacéuticos tomados según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por cannabis se diagnostican en lugar de la intoxicación por cannabis o la abstinencia de cannabis cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con el cannabis

F12.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el cannabis que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con el cannabis o cualquiera de los siguientes. los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

Trastornos relacionados con alucinógenos

Trastorno por consumo de fenciclidina

Otro trastorno por consumo de alucinógenos

Intoxicación por fenciclidina

Otra intoxicación por alucinógenos

Trastorno de percepción persistente por alucinógenos

Trastornos mentales inducidos por fenciclidina

Trastornos mentales inducidos por alucinógenos

Trastorno no especificado relacionado con fenciclidina

Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos

Trastorno por consumo de fenciclidina

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón de uso de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar) que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses:

1. La fenciclidina a menudo se toma en grandes cantidades o durante un período más prolongado. período del que se pretendía.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de fenciclidina.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener fenciclidina, usar la fenciclidina o recuperarse de sus efectos.
4. Antojo, o un fuerte deseo o urgencia de usar fenciclidina.
5. Uso recurrente de fenciclidina que resulte en un incumplimiento de las principales obligaciones del rol en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o desempeño laboral deficiente relacionado con el uso de fenciclidina; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la fenciclidina; negligencia de los niños o del hogar).
6. Consumo continuado de fenciclidina a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la fenciclidina (p. ej., discusiones con el cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, peleas físicas).
7. Se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas. o reducido debido al uso de fenciclidina.
8. Uso recurrente de fenciclidina en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil u operar una máquina bajo los efectos de una fenciclidina).
9. Se continúa con el uso de fenciclidina a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que es

probable que haya sido causado o exacerbado por la fenciclidina.

10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a.

Una necesidad de cantidades notablemente mayores de fenciclidina para lograr la intoxicación o el efecto deseado.

588

b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de fenciclidina.

Nota: los síntomas y signos de abstinencia no están establecidos para las fenciclidinas, por lo que este criterio no se aplica. (Se ha informado abstinencia de fenciclidinas en animales pero no documentada en usuarios humanos).

Especificar

si: **En remisión temprana:** después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de fenciclidina, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de fenciclidina se ha cumplido durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, "Deseo de , o un fuerte deseo o urgencia de usar la fenciclidina", puede satisfacerse).

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de fenciclidina, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de fenciclidina se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, "Ansia o fuerte deseo o urgencia de usar la fenciclidina", puede cumplirse).

Especificar

si: **En un entorno controlado:** Este especificador adicional se utiliza si la persona se encuentra en un entorno donde el acceso a las fenciclidinas está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por fenciclidina u otro trastorno mental inducido por fenciclidina, no utilice los códigos a continuación para el trastorno por consumo de fenciclidina.

En cambio, el trastorno por consumo de fenciclidina comórbido se indica en el 4º carácter del código de trastorno inducido por fenciclidina (consulte la nota de codificación para la intoxicación por fenciclidina o un trastorno mental específico inducido por fenciclidina). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico inducido por fenciclidina comórbido, solo se proporciona el código de trastorno psicótico inducido por fenciclidina, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de fenciclidina comórbido es leve, moderado o grave: F16.159 para consumo leve de fenciclidina trastorno con trastorno psicótico inducido por fenciclidina o F16.259 para un trastorno moderado o grave por consumo de fenciclidina con trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F16.10 Leve: presencia de 2 o 3 síntomas.

F16.11 Leve, en remisión temprana

F16.11 Leve, en remisión sostenida F16.20

Moderada: presencia de 4-5 síntomas.

F16.21 Moderado, En remisión temprana

F16.21 Moderado, En remisión sostenida F16.20

Severo: Presencia de 6 o más síntomas.

F16.21 Grave, en remisión temprana

F16.21 Grave, en remisión sostenida**Especificadores**

"En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado).

Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

Características diagnósticas

Las fenciclidinas (o sustancias similares a la fenciclidina) incluyen la fenciclidina (p. ej., PCP, "polvo de ángel") y compuestos menos potentes pero de acción similar como la ketamina,

589

ciclohexamina y dizocilpina. Estas sustancias se desarrollaron por primera vez como anestésicos disociativos en la década de 1950 y se convirtieron en drogas callejeras en la década de 1960. Producen sentimientos de separación de la mente y el cuerpo (por lo tanto, "disociativos") en dosis bajas y, en dosis altas, pueden provocar estupor y coma. Estas sustancias generalmente se fuman o se toman por vía oral, pero también se pueden inhalar o inyectar. Aunque los efectos psicoactivos primarios de la fenciclidina duran unas pocas horas, la tasa de eliminación total de esta droga del cuerpo generalmente se extiende por 8 días o más. Los efectos alucinógenos en individuos vulnerables pueden durar semanas y pueden precipitar un episodio psicótico persistente parecido a la esquizofrenia. Se ha observado que la ketamina tiene utilidad en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Los síntomas de abstinencia no se han establecido claramente en humanos y, por lo tanto, el criterio de abstinencia no se incluye en el diagnóstico del trastorno por consumo de fenciclidina.

Funciones asociadas

La fenciclidina se puede detectar en la orina hasta por 8 días o incluso más en dosis muy altas. Además de las pruebas de laboratorio para detectar su presencia, los síntomas característicos resultantes de la intoxicación con fenciclidina o sustancias relacionadas pueden ayudar en su diagnóstico. Es probable que la fenciclidina produzca síntomas disociativos, analgesia, nistagmo, riesgo de hipertensión/hipotensión y shock, euforia, alucinaciones visuales/auditivas, desrealización y contenido de pensamiento inusual. El comportamiento violento también puede ocurrir con el uso de fenciclidina, ya que las personas intoxicadas pueden creer que están siendo atacadas.

Predominio

No se dispone de datos sobre la prevalencia del trastorno por consumo de fenciclidina, pero las tasas parecen ser bajas (según las tasas de la categoría general de trastorno por consumo de alucinógenos, que incluye la fenciclidina, de alrededor del 0,1 % entre personas de 12 años o más en los Estados Unidos). Además, entre las admisiones en centros de tratamiento por uso de sustancias de EE. UU., solo el 0,3% de las personas admitidas respaldaron la fenciclidina como su droga principal.

Factores de riesgo y pronóstico En un

estudio de población general en Australia, los usuarios de ketamina tenían más probabilidades de ser hombres y de haber consumido más de 11 bebidas estándar por día.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Se desconoce la proporción de género para el trastorno por uso de fenciclidina, pero entre las admisiones en centros de tratamiento por uso de sustancias de EE. UU. que respaldaron la fenciclidina como droga principal, el 62% eran hombres.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles, ya que la fenciclidina está presente en la orina de personas intoxicadas hasta 8 días después de la ingestión. La historia del individuo junto con ciertos signos físicos (p. ej., nistagmo, analgesia, hipertensión prominente) pueden ayudar a distinguir el cuadro clínico de fenciclidina del de otros alucinógenos.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de fenciclidina En individuos con trastorno por consumo de fenciclidina, puede haber evidencia física de lesiones por accidentes, peleas y caídas. El uso crónico de fenciclidina puede provocar un deterioro cognitivo agudo y persistente; síntomas del tracto urinario e intestinales; dolor abdominal, dolor torácico, palpitaciones y taquicardia; depresión respiratoria; trastornos del sueño; y depresión

590

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos por consumo de sustancias Puede ser importante distinguir los efectos de la fenciclidina de los de otras sustancias, porque la fenciclidina puede ser un aditivo de otras sustancias (p. ej., cannabis, cocaína).

Intoxicación por fenciclidina y trastornos mentales inducidos por fenciclidina. El trastorno por consumo de fenciclidina se diferencia de la intoxicación por fenciclidina y los trastornos mentales inducidos por fenciclidina (p. ej., trastorno psicótico inducido por fenciclidina) en que el trastorno por consumo de fenciclidina describe un patrón problemático de consumo de fenciclidina que implica un control deficiente sobre el consumo de fenciclidina, deterioro social atribuible al consumo de fenciclidina, el uso riesgoso de fenciclidina (p. ej., conducir en estado de ebriedad) y los síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia), mientras que la intoxicación por fenciclidina y los trastornos mentales inducidos por fenciclidina describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un uso intensivo. La intoxicación por fenciclidina y los trastornos mentales inducidos por fenciclidina ocurren con frecuencia en individuos con trastorno por consumo de fenciclidina. En tales casos, se debe dar un diagnóstico de intoxicación por fenciclidina o un trastorno mental inducido por fenciclidina además de un diagnóstico de trastorno por consumo de fenciclidina, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Trastornos mentales independientes. Algunos de los efectos del uso de fenciclidina pueden parecerse a los síntomas de trastornos mentales independientes, como la psicosis (esquizofrenia); estado de ánimo bajo (trastorno depresivo mayor); y comportamientos violentos y agresivos (trastorno de conducta, trastorno de personalidad antisocial). Discernir si estos comportamientos ocurrieron antes de la ingesta de la droga es importante para diferenciar los efectos agudos de la droga de un trastorno mental preexistente.

Comorbilidad El

trastorno de conducta en adolescentes y el trastorno de personalidad antisocial pueden estar asociados con el uso de fenciclidina. Otros trastornos por consumo de sustancias, especialmente los trastornos por consumo de alcohol, cocaína y anfetaminas, son comunes entre las personas con trastorno por consumo de fenciclidina.

Otro trastorno por consumo de alucinógenos

Criterios de diagnóstico

- A. Un patrón problemático de consumo de alucinógenos (diferentes a la fenciclidina) que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. El alucinógeno a menudo se toma en grandes cantidades o durante un tiempo más largo período del que se pretendía.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo de alucinógenos.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener el alucinógeno, consumir el alucinógeno o recuperarse de sus efectos.
4. Antojo, o un fuerte deseo o impulso de usar el alucinógeno.
5. Uso recurrente de alucinógenos que da como resultado el incumplimiento de las principales obligaciones del rol en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o desempeño laboral deficiente relacionado con el uso de alucinógenos; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con alucinógenos; negligencia de los niños o del hogar).
6. Consumo continuado de alucinógenos a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alucinógeno (p. ej., discusiones con el cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, peleas físicas).

591

7. Se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas. o reducido debido al uso de alucinógenos.
8. Uso recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil u operar una máquina cuando el alucinógeno se ve afectado).
9. Se continúa con el uso de alucinógenos a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el alucinógeno.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores del alucinógeno para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad del alucinógeno.

Nota: los síntomas y signos de abstinencia no están establecidos para los alucinógenos, por lo que este criterio no se aplica.

Especifique el alucinógeno en particular.

Especificificar

si: **En remisión temprana:** Después de cumplir previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de otros alucinógenos, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de otros alucinógenos durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, "Ansia, o un fuerte deseo o impulso de usar el alucinógeno", se puede cumplir).

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de otros alucinógenos, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de otros alucinógenos se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más.

por más tiempo (con la excepción de que se puede cumplir el Criterio A4, "Deseo intenso, o un fuerte deseo o urgencia de usar el alucinógeno").

Especificar

si: **En un entorno controlado:** Este especificador adicional se utiliza si la persona se encuentra en un entorno donde el acceso a los alucinógenos está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por alucinógenos u otro trastorno mental inducido por alucinógenos, no utilice los códigos a continuación para el trastorno por consumo de alucinógenos. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de alucinógenos se indica en el 4º carácter del código de trastorno inducido por alucinógenos (ver la nota de codificación para intoxicación por alucinógenos o trastorno mental específico inducido por alucinógenos). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico inducido por alucinógenos y un trastorno por consumo de alucinógenos comórbidos, solo se proporciona el código del trastorno psicótico inducido por alucinógenos, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de alucinógenos comórbido es leve, moderado o grave: F16.159 para un trastorno leve por consumo de alucinógenos con trastorno psicótico inducido por alucinógenos o F16.259 para un trastorno moderado o grave por consumo de alucinógenos con trastorno psicótico inducido por alucinógenos.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F16.10 Leve: presencia de 2 o 3 síntomas.

F16.11 Leve, en remisión temprana

F16.11 Leve, en remisión sostenida F16.20

Moderada: presencia de 4-5 síntomas.

F16.21 Moderado, En remisión temprana F16.21

Moderado, En remisión sostenida F16.20 Severo:

Presencia de 6 o más síntomas.

F16.21 Grave, en remisión temprana F16.21

Grave, en remisión sostenida

592

Especificadores

"En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado).

Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

Características diagnósticas

Los alucinógenos comprenden un grupo diverso de sustancias que, a pesar de tener diferentes estructuras químicas y posiblemente involucrar diferentes mecanismos moleculares, producen alteraciones similares en la percepción, el estado de ánimo y la cognición en los usuarios. Los alucinógenos incluidos son las fenilalquilaminas (p. ej., mescalina, DOM [2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina] y MDMA [3,4-metilendioximetanfetamina; también llamado "éxtasis" o "molly"]); las indoleaminas, incluida la psilocibina (y su metabolito, la psilocina, el compuesto principal responsable de los efectos psicodélicos de los hongos alucinógenos) y la dimetiltriptamina (DMT); y las ergolinas, como el LSD (dietilamida del ácido lisérgico) y las semillas de gloria de la mañana. Además, varios otros

Los compuestos etnobotánicos se clasifican como alucinógenos, de los cuales la *Salvia divinorum* y el jimsonweed son dos ejemplos. Se excluyen del grupo de alucinógenos el cannabis y su compuesto activo, delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) (consulte la sección "Trastornos relacionados con el cannabis"). Estas sustancias pueden tener efectos alucinógenos pero se diagnostican por separado debido a las diferencias significativas en sus efectos psicológicos y conductuales.

Los alucinógenos generalmente se toman por vía oral, aunque algunas formas se fuman (p. ej., DMT, salvia) o (rara vez) se toman por vía intranasal o por inyección (p. ej., éxtasis). La duración de los efectos varía según los tipos de alucinógenos. Algunas de estas sustancias (es decir, LSD, MDMA) tienen una vida media larga y una duración prolongada, de modo que los usuarios pueden pasar horas o días usando y/o recuperándose de los efectos de estas drogas. Sin embargo, otras drogas alucinógenas (p. ej., DMT, salvia) son de acción breve. La tolerancia a los alucinógenos se desarrolla con el uso repetido y se ha informado que tiene efectos tanto autonómicos como psicológicos.

La MDMA/éxtasis como alucinógeno puede tener efectos distintivos atribuibles tanto a sus propiedades alucinógenas como estimulantes. Los consumidores de éxtasis tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alucinógenos que los consumidores de otros alucinógenos. Entre los consumidores de éxtasis y de otros alucinógenos, tanto adolescentes como adultos, los criterios de trastorno por consumo de alucinógenos informados con mayor frecuencia son la tolerancia, el consumo peligroso, el consumo a pesar de problemas emocionales o de salud, el abandono de actividades a favor del consumo y la pérdida de mucho tiempo para obtener, usar o recuperarse de los efectos del uso. Al igual que para otras sustancias, los criterios diagnósticos para otros trastornos por consumo de alucinógenos se organizan a lo largo de un único continuo de gravedad.

Dado que no se ha documentado sistemáticamente un síndrome de abstinencia clínicamente significativo en humanos, el diagnóstico del síndrome de abstinencia de alucinógenos no se incluye en este manual y, por lo tanto, no forma parte de los criterios de diagnóstico del trastorno por consumo de alucinógenos. Sin embargo, puede haber evidencia de abstinencia de MDMA, con el respaldo de dos o más síntomas de abstinencia (p. ej., malestar general, alteración del apetito, cambios de humor [ansioso, deprimido, irritable], falta de concentración, interrupción del sueño) o evitación de la abstinencia observada en más de la mitad de los individuos en diversas muestras de usuarios de éxtasis en los Estados Unidos e internacionalmente.

Funciones asociadas

Los síntomas característicos del uso de algunos alucinógenos pueden ayudar en el diagnóstico si no se dispone de resultados toxicológicos en orina o sangre. Por ejemplo, las personas que usan LSD tienden a experimentar alucinaciones visuales que pueden ser aterradoras.

Predominio

El trastorno por consumo de otros alucinógenos es raro. En la población general de los EE. UU., alrededor del 0,1 % de las personas de 12 años o más confirmaron los síntomas del trastorno por consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses en 2018. La tasa fue del 0,2 % entre los de 12 a 17 años, del 0,4 % entre los de 18 a 25 años,

593

y < 0,1% entre los mayores de 26 años. La prevalencia es mayor en muestras clínicas de EE. UU. (p. ej., 19 % en adolescentes en tratamiento), y entre grupos selectos de personas que consumen alucinógenos con frecuencia (p. ej., consumo reciente de éxtasis) en EE. UU. y Australia, el 73,5 % de los adultos y el 77 % de los adolescentes tienen un patrón problemático de uso que puede cumplir con otros criterios de trastorno por uso de alucinógenos.

Desarrollo y Curso

Se desconoce la prevalencia del trastorno por consumo de otros alucinógenos por edad entre los adolescentes. Entre los adultos estadounidenses mayores de 18 años, la mayoría (90 %) de las personas con otro trastorno por consumo de alucinógenos tienen entre 18 y 29 años, lo que sugiere que el trastorno no suele ser persistente y se concentra en adultos jóvenes.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El uso de alucinógenos específicos (es decir, éxtasis, salvia) se ha relacionado con alta búsqueda de sensaciones.

Ambiental. Sobre la base de investigaciones en los Estados Unidos, los factores ambientales de riesgo de otros trastornos por consumo de alucinógenos incluyen mayores ingresos, menor nivel educativo, no haberse casado nunca y residir en áreas urbanas. El inicio temprano del consumo de alucinógenos también se ha relacionado con la transición al trastorno por consumo de alucinógenos. El consumo de otras drogas entre compañeros también está muy asociado con el consumo de éxtasis y salvia.

Genético y fisiológico. Entre los gemelos varones, se ha estimado que la variación total debida a la genética aditiva oscila entre el 26 % y el 79 %, con evidencia inconsistente de influencias ambientales compartidas.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Históricamente, los alucinógenos se han utilizado como parte de prácticas religiosas o espirituales establecidas, como el uso del peyote en la Iglesia Natividad Americana y en México.

El uso ritual por parte de poblaciones indígenas de psilocibina obtenida de ciertos tipos de hongos ha ocurrido en América del Sur, México y algunas áreas de los Estados Unidos, o de ayahuasca en los grupos religiosos Santo Daime y Unión de Vegetal.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Entre los adolescentes de EE. UU., los niños tienen mayores tasas de prevalencia de 12 meses de uso de otros alucinógenos que las niñas, y estas diferencias de género se extienden a alucinógenos específicos, incluidos LSD, MDMA, psilocibina y salvia divinorum. Entre los adultos estadounidenses, el 60 % de las personas con otro trastorno por consumo de alucinógenos son hombres. La investigación internacional sugiere que las mujeres a las que se les administra MDMA pueden tener mayores efectos subjetivos, como alteración del estado de conciencia, ansiedad y depresión. No hay información disponible de estudios internacionales con respecto a las diferencias de género para otros trastornos por uso de alucinógenos.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles para distinguir entre los diferentes alucinógenos.

Sin embargo, debido a que algunos agentes (p. ej., LSD) son tan potentes que tan solo 75 microgramos pueden producir reacciones graves, el examen toxicológico típico no siempre revelará qué sustancia se ha utilizado.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de otros alucinógenos

Aunque no existe información suficiente para señalar claramente las consecuencias funcionales de otros trastornos por consumo de alucinógenos, se han descrito complicaciones por el consumo de estas sustancias.

identificado. Los efectos adversos del uso de otros alucinógenos incluyen aquellos relacionados con la intoxicación, como hipertermia, taquiarritmias cardíacas, neumotórax, hipernatremia, falta de coordinación, inquietud, nistagmo motor, alucinaciones/delirios, midriasis, aumento de sensibilidad a la luz y presión arterial alta. Otras reacciones adversas

incluyen insuficiencia renal, insuficiencia hepática, convulsiones, infarto cerebral, rabdomílisis, complicaciones cardíacas y hepatotoxicidad.

Existe evidencia de los efectos neurotóxicos persistentes del consumo de MDMA/éxtasis, incluidos los deterioros de la memoria, la función psicológica y la función neuroendocrina; disfunción del sistema serotoninérgico; y alteración del sueño; así como efectos adversos sobre la microvasculatura cerebral, la maduración de la materia blanca y el daño a los axones.

Diagnóstico diferencial

Trastornos por otras sustancias. Los efectos del uso de alucinógenos deben distinguirse de los de otras sustancias (p. ej., trastorno por uso de anfetaminas, abstinencia de alcohol o sedantes), especialmente porque la contaminación de los alucinógenos con otras drogas es relativamente común.

Intoxicación por alucinógenos y trastornos mentales inducidos por alucinógenos. El trastorno por usar alucinógenos se diferencia de la intoxicación por alucinógenos y los trastornos mentales inducidos por alucinógenos (p. ej., trastorno psicótico inducido por alucinógenos) en que el trastorno por consumo de alucinógenos describe un patrón problemático de consumo de alucinógenos que implica un control deficiente sobre el consumo de alucinógenos, deterioro social atribuible al consumo de alucinógenos, riesgo el uso de alucinógenos (p. ej., conducir en estado de ebriedad) y los síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia), mientras que la intoxicación por alucinógenos y los trastornos mentales inducidos por alucinógenos describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un uso intensivo. La intoxicación por alucinógenos y los trastornos mentales inducidos por alucinógenos ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de alucinógenos. En tales casos, se debe dar un diagnóstico de intoxicación por alucinógenos o un trastorno mental inducido por alucinógenos además de un diagnóstico de trastorno por consumo de alucinógenos, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Trastornos mentales independientes. Algunos de los efectos del uso de alucinógenos pueden parecerse a los síntomas de trastornos psiquiátricos independientes, como la esquizofrenia y los trastornos depresivos y bipolares. Discernir si los síntomas ocurrieron antes de la ingesta de la droga es importante para diferenciar los efectos agudos de la droga de un trastorno mental preexistente. En particular, debe descartarse la esquizofrenia, ya que algunos individuos afectados (p. ej., individuos con esquizofrenia que muestran paranoia) pueden atribuir falsamente sus síntomas al uso de alucinógenos.

Comorbilidad El

trastorno por consumo de otros alucinógenos está muy asociado con el trastorno por consumo de cocaína, el trastorno por consumo de estimulantes, el trastorno por consumo de otras sustancias, el trastorno por consumo de tabaco (nicotina), cualquier trastorno de la personalidad, el trastorno de estrés postraumático y los ataques de pánico.

Intoxicación por fenciclidina

Criterios de diagnóstico

- A. Uso reciente de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar).
- B. Cambios conductuales problemáticos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, agresividad, impulsividad, imprevisibilidad, agitación psicomotora, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del uso de fenciclidina.

C. Dentro de 1 hora, dos (o más) de los siguientes signos o síntomas:

Nota: cuando la droga se fuma, se “inhala” o se usa por vía intravenosa, el inicio puede ser particularmente rápido.

1. Nistagmo vertical u horizontal.
2. Hipertensión o taquicardia.
3. Entumecimiento o disminución de la capacidad de respuesta al dolor.
4. Ataxia.
5. Disartria.
6. Rigidez muscular.
7. Convulsiones o coma.
8. Hiperacusia.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno concomitante por consumo de fenciclidina. Si existe comorbilidad con un trastorno leve por consumo de fenciclidina, el código ICD-10-CM es **F16.120**, y si existe comorbilidad con un trastorno moderado o grave por consumo de fenciclidina, el código ICD-10-CM es **F16.220**. Si no existe un trastorno concomitante por consumo de fenciclidina, entonces el código ICD-10-CM es **F16.920**.

Nota: Además de la sección “Consecuencias funcionales de la intoxicación por fenciclidina”, consulte la sección correspondiente en Trastorno por consumo de fenciclidina.

Características de

diagnóstico La intoxicación por fenciclidina refleja los cambios de comportamiento clínicamente significativos que ocurren poco después de la ingestión de esta sustancia (o una sustancia farmacológicamente similar). Las presentaciones clínicas más comunes de intoxicación por fenciclidina incluyen desorientación; confusión sin alucinaciones; nistagmo; entumecimiento o disminución de la capacidad de respuesta al dolor; ataxia; disartria; rigidez muscular; hiperacusia; y coma de gravedad variable. Otros cambios de comportamiento clínicamente significativos asociados con la intoxicación por fenciclidina incluyen comportamiento violento, agitación extrema, delirios de persecución, euforia, amnesia retrógrada e hipertensión.

Predominio

El uso de fenciclidina o sustancias relacionadas (p. ej., ketamina) puede tomarse como una estimación de la prevalencia de la intoxicación. El uso de fenciclidina es raro, con < 0,1% de la población de EE. UU. de 12 años o más reportando un uso de ketamina en los últimos 12 meses en 2018. En encuestas de estudiantes y adultos jóvenes de EE. se evalúa por separado de otras sustancias, se estimó en alrededor del 1,2% entre los estudiantes de 12º grado y el 0,5% entre los adultos jóvenes, de 19 a 28 años.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles, ya que la fenciclidina es detectable en la orina hasta 8 días después del uso, aunque los niveles solo se asocian débilmente con la presentación clínica de un individuo y, por lo tanto, pueden no ser útiles para el manejo de casos. Los niveles de creatina fosfoquinasa y aspartato aminotransferasa pueden estar elevados.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por fenciclidina

La intoxicación por fenciclidina produce toxicidad cardiovascular y neurológica extensa (p. ej., convulsiones, distonías, discinesias, catalepsia, hipotermia o hipertermia).

596

Diagnóstico diferencial En

particular, en ausencia de una prueba de realidad intacta (es decir, sin la intuición de que las anomalías perceptivas son inducidas por fármacos), debe considerarse un diagnóstico adicional de trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

Intoxicaciones por otras sustancias. La intoxicación por fenciclidina debe diferenciarse de la intoxicación por otras sustancias, incluidos otros alucinógenos; anfetamina, cocaína u otros estimulantes; y anticolinérgicos, así como la abstinencia de benzodiazepinas. El nistagmo y el comportamiento extraño y violento pueden distinguir la intoxicación por fenciclidina de la debida a otras sustancias. Las pruebas toxicológicas pueden ser útiles para hacer esta distinción. Sin embargo, la débil correlación entre los niveles toxicológicos cuantitativos de fenciclidina y la presentación clínica puede disminuir la utilidad de los hallazgos de laboratorio para el manejo del paciente.

Trastornos mentales inducidos por fenciclidina. La intoxicación por fenciclidina se distingue de los trastornos mentales inducidos por fenciclidina (p. ej., trastorno depresivo inducido por fenciclidina, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo depresivo) en estos últimos trastornos superan a los que suelen asociarse con la intoxicación por fenciclidina, predominan en la presentación clínica, y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Otras condiciones médicas. Las condiciones médicas a considerar incluyen ciertos trastornos metabólicos como hipoglucemia e hiponatremia, tumores del sistema nervioso central, trastornos convulsivos, sepsis, síndrome neuroléptico maligno e insultos vasculares.

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la intoxicación por fenciclidina con el trastorno por consumo de fenciclidina, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de fenciclidina para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Otra intoxicación por alucinógenos

Criterios de diagnóstico

- A. Uso reciente de un alucinógeno (que no sea fenciclidina).
- B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a "perder la cabeza", ideación paranoide, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del consumo de alucinógenos.
- C. Cambios perceptuales que ocurren en un estado de vigilia y alerta total (p. ej., intensificación de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones Sintesis, superdescanso, alteraciones poco después del consumo de)
- D. Dos (o más) de los siguientes signos que se desarrollan durante, o poco después, consumo de alucinógenos:
 1. Dilatación pupilar.
 2. Taquicardia.

- 3. Sudoración.
 - 4. Palpitaciones.
 - 5. Visión borrosa.
 - 6. Temblores.
 - 7. Falta de coordinación.
- E. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

597

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno comórbido por consumo de alucinógenos. Si un trastorno leve por consumo de alucinógenos es comórbido, el código CIE-10-CM es **F16.120**, y si un trastorno moderado o grave por consumo de alucinógenos es comórbido, el código CIE-10-CM es **F16.220**. Si no existe un trastorno concomitante por consumo de alucinógenos, entonces el código ICD-10-CM es **F16.920**.

Nota: para obtener información sobre las características asociadas y los problemas de diagnóstico relacionados con la cultura, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de otros alucinógenos.

Características diagnósticas La

intoxicación por otros alucinógenos refleja los cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos que ocurren poco después de la ingestión de un alucinógeno. Según el alucinógeno específico, la intoxicación puede durar sólo unos minutos (p. ej., para la salvia) o varias horas o más (p. ej., para el LSD [dietilamida del ácido lisérgico] o MDMA [3,4-metilendioximetanfetamina]).

Predominio

La prevalencia de la intoxicación por otros alucinógenos no se conoce por completo, pero se puede aproximar en función de la prevalencia del uso de las sustancias. En 2018, el 1,5 % de las personas de 12 a 17 años en los Estados Unidos informó haber consumido alucinógenos en el último año; entre las personas de 18 a 25 años, la tasa fue del 6,9 %, y entre las personas de 26 años o más, la tasa fue del 1,3 %. Las tasas fueron consistentemente más altas para niños y hombres que para niñas y mujeres en todos los grupos de edad.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas La intoxicación

con otros alucinógenos puede conducir a un aumento de los pensamientos o comportamientos suicidas, aunque el suicidio es raro entre las personas que consumen alucinógenos. Cabe destacar que un estudio de más de 135 000 adultos estadounidenses seleccionados al azar, incluidos más de 19 000 individuos que consumen psicodélicos, no encontró evidencia, después de ajustar por datos sociodemográficos, consumo de otras drogas y depresión infantil, de que el consumo de psicodélicos a lo largo de la vida sea un factor de riesgo independiente por problemas de salud mental, pensamientos suicidas o intentos de suicidio. Además, una gran encuesta poblacional de los EE. UU. encontró que un historial de uso de alucinógenos durante toda la vida se asoció con menores probabilidades de angustia mental y pensamientos o conductas suicidas, aunque de este estudio no se puede inferir una relación causal entre las drogas alucinógenas y una menor angustia. Sobre la base de estos hallazgos, la relación entre el uso de otros alucinógenos y los pensamientos y comportamientos suicidas es incierta.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por otros alucinógenos

La intoxicación con otros alucinógenos puede tener consecuencias graves. Las alteraciones de la percepción y la alteración del juicio asociadas con la intoxicación por otros alucinógenos pueden provocar lesiones o muertes por accidentes automovilísticos, peleas físicas o autolesiones no intencionales (p. ej., cortes o caídas por alteración de la percepción de la profundidad). Cuando se consumen otros alucinógenos en combinación con otras drogas (incluido el alcohol), puede producirse un coma, cuya duración y profundidad son mayores que cuando se toman otros alucinógenos solos. El uso continuo de alucinógenos, particularmente MDMA, también se ha relacionado con efectos neurotóxicos. Los efectos adversos del uso de otros alucinógenos incluyen hipertermia, taquiarritmias cardíacas, neumotórax, hipernatremia, falta de coordinación motora, nistagmo, inquietud, alucinaciones/delirios, midriasis, aumento del estado de alerta y presión arterial alta. Las reacciones más graves incluyen insuficiencia renal, insuficiencia hepática, convulsiones, infarto cerebral, rabdomiólisis, complicaciones cardíacas y hepatotoxicidad.

Diagnóstico diferencial

598

Intoxicaciones por otras sustancias. La intoxicación por otros alucinógenos debe diferenciarse de la intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, cocaína u otros estimulantes; anticolinérgicos, inhalantes y fenciclidina. Las pruebas toxicológicas son útiles para hacer esta distinción, y también puede ser útil determinar la vía de administración.

Otras condiciones. Otros trastornos y condiciones a considerar incluyen esquizofrenia, depresión, abstinencia de otras drogas (p. ej., sedantes, alcohol), ciertos trastornos metabólicos (p. ej., hipoglucemia), trastornos convulsivos, tumores del sistema nervioso central e insultos vasculares.

Trastorno de percepción persistente por alucinógenos. Otros alucinógenos se distinguen de la intoxicación de percepción persistente por alucinógenos porque los síntomas en este último continúan de forma episódica o continua durante semanas (o más) después de la intoxicación más reciente.

Trastornos mentales inducidos por alucinógenos. La intoxicación por otros alucinógenos se distingue de los trastornos mentales inducidos por alucinógenos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos superan a los que suelen asociarse con la intoxicación por otros alucinógenos, predominan en la presentación clínica, y son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la intoxicación por otros alucinógenos con el trastorno por consumo de otros alucinógenos, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de otros alucinógenos para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Trastorno de percepción persistente por alucinógenos

Criterios de diagnóstico	F16,983
A. Después del cese del uso de un alucinógeno, la reexperimentación de uno o más de los síntomas perceptivos que se experimentaron durante la intoxicación con el alucinógeno (p. ej., alucinaciones geométricas, percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, destellos de color,	F16,983

colores intensificados, rastros de imágenes de objetos en movimiento, imágenes secundarias positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia).

B. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, epilepsias visuales) y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., delirio, trastorno neurocognitivo mayor, esquizofrenia) o alucinaciones hipnopómicas.

Características diagnósticas

La característica distintiva del trastorno de percepción persistente por alucinógenos es volver a experimentar, cuando el individuo está sobrio, las alteraciones perceptivas que experimentó mientras el individuo estaba intoxicado con el alucinógeno (Criterio A). Los síntomas pueden incluir cualquier perturbación de la percepción, pero las alteraciones visuales tienden a ser predominantes. Típicas de las percepciones visuales anormales son las alucinaciones geométricas, falsas percepciones de

599

movimiento en los campos visuales periféricos, destellos de color, colores intensificados, rastros de imágenes de objetos en movimiento (es decir, imágenes que quedan suspendidas en el camino de un objeto en movimiento como se ve en la fotografía estroboscópica), percepciones de objetos completos, nieve visual, imágenes secundarias positivas (es decir, una "sombra" de un objeto del mismo color o de colores complementarios que queda después de retirar el objeto), halos alrededor de los objetos o percepción errónea de imágenes demasiado grandes (macropsia) o demasiado pequeñas (micropsia). La duración de las alteraciones visuales puede ser episódica o casi continua y debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). Las perturbaciones pueden durar semanas, meses o años.

Deben descartarse otras explicaciones de las alteraciones (p. ej., lesiones cerebrales, psicosis preexistente, trastornos convulsivos, aura migrañosa sin cefaleas) (Criterio C).

El trastorno de percepción persistente de alucinógenos ocurre principalmente después del uso de LSD (dietilamina del ácido lisérgico), pero no exclusivamente. No parece haber una fuerte correlación entre el trastorno de percepción persistente de alucinógenos y el número de ocasiones de uso de alucinógenos, con algunos casos de trastorno de percepción persistente de alucinógenos que ocurren en individuos con una exposición mínima a los alucinógenos.

Algunos casos de trastorno de percepción persistente por alucinógenos pueden desencadenarse por el uso de otras sustancias (p. ej., cannabis o alcohol), la adaptación a ambientes oscuros, el ejercicio y la exposición al ruido y la fotofobia.

Funciones asociadas

La prueba de realidad permanece intacta en individuos con trastorno de percepción persistente por alucinógenos (es decir, el individuo es consciente de que el trastorno está relacionado con el efecto de la droga). Si este no es el caso, otro trastorno podría explicar mejor las percepciones anormales.

Predominio

Se desconocen las estimaciones de prevalencia del trastorno de percepción persistente por alucinógenos. Las estimaciones iniciales de prevalencia del trastorno entre las personas que usan alucinógenos es de aproximadamente 4,2%.

Desarrollo y Curso

Poco se sabe sobre el desarrollo del trastorno de percepción persistente por alucinógenos. Su curso, como sugiere su nombre, es persistente, con una duración de semanas, meses o incluso años en ciertos individuos.

Factores de riesgo y pronóstico

Hay poca evidencia con respecto a los factores de riesgo para el trastorno de percepción persistente por alucinógenos, aunque se han sugerido factores genéticos como una posible explicación subyacente a la susceptibilidad a los efectos del LSD en esta condición.

Consecuencias funcionales de la percepción persistente de alucinógenos Trastorno

Aunque el trastorno de percepción persistente por alucinógenos sigue siendo una condición crónica en algunos casos, muchas personas con el trastorno pueden suprimir las alteraciones y continuar funcionando normalmente.

Diagnóstico diferencial Las

condiciones que deben descartarse incluyen esquizofrenia, otros efectos de fármacos, trastornos neurodegenerativos, accidente cerebrovascular, tumores cerebrales, infecciones y traumatismo craneoencefálico. Los resultados de las neuroimágenes en los casos de trastorno de percepción persistente por alucinógenos suelen ser negativos. Como se señaló anteriormente, la prueba de la realidad permanece intacta (es decir, el individuo es consciente de que la perturbación está vinculada a la

600

efecto de la droga); si este no es el caso, otro trastorno (p. ej., trastorno psicótico, otra condición médica) podría explicar mejor las percepciones anormales.

Comorbilidad Los

trastornos mentales comórbidos comunes que acompañan al trastorno de percepción persistente por alucinógenos son el trastorno de pánico, el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I y los trastornos del espectro esquizofrénico.

Trastornos mentales inducidos por fenciclidina

Otros trastornos mentales inducidos por fenciclidina se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por fenciclidina ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos") ; trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidina ("Trastornos bipolares y relacionados"); trastorno depresivo inducido por fenciclidina ("Trastornos depresivos"); y trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina ("Trastornos de ansiedad"). Para el delirio por intoxicación inducido por fenciclidina y el delirio inducido por ketamina tomada según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión del delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos".

Estos trastornos mentales inducidos por fenciclidina se diagnostican en lugar de la intoxicación por fenciclidina solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastornos mentales inducidos por alucinógenos

Los siguientes otros trastornos mentales inducidos por alucinógenos se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): otros alucinógenos—

trastorno psicótico inducido ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"); otro trastorno bipolar y relacionado inducido por alucinógenos ("Trastornos bipolares y relacionados"); otro trastorno depresivo inducido por alucinógenos ("Trastornos depresivos"); y otros trastornos de ansiedad inducidos por alucinógenos ("Trastornos de ansiedad").

Para el delirio por intoxicación con otros alucinógenos y el delirio inducido por otros alucinógenos tomados según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por alucinógenos se diagnostican en lugar de otras intoxicaciones por alucinógenos solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con fenciclidina

F16.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la fenciclidina que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con la fenciclidina o cualquiera de los siguientes. los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

601

Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos

F16.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con alucinógenos que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con alucinógenos o cualquiera de los siguientes. los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

Trastornos relacionados con inhalantes

Trastorno por uso de inhalantes

Intoxicación por inhalantes

Trastornos mentales inducidos por inhalantes

Trastorno no especificado relacionado con inhalantes

Trastorno por uso de inhalantes

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de uso de una sustancia inhalante a base de hidrocarburos que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses:

1. La sustancia inhalante a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de la sustancia inhalante.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener el sustancia inhalable, usarla o recuperarse de sus efectos.
4. Antojo, o un fuerte deseo o urgencia de usar la sustancia inhalante.
5. Uso recurrente de la sustancia inhalante que resulte en un incumplimiento obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Uso continuado de la sustancia inhalable a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de su uso.
7. Se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas, o reducido debido al uso de la sustancia inhalante.
8. Uso recurrente de la sustancia inhalante en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Se continúa con el uso de la sustancia inhalante a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a. Una necesidad de cantidades marcadamente mayores del inhalante. sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado del mismo cantidad de sustancia inhalante.

602

Especifique el inhalante particular: Cuando sea posible, se debe nombrar la sustancia particular involucrada (p. ej., "trastorno por uso de solventes").

Especificación

si: **En remisión temprana:** Despues de cumplir previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de inhalantes, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de inhalantes durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, "Deseo de , o un fuerte deseo o urgencia de usar la sustancia inhalante", puede satisfacerse).

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de inhalantes, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de inhalantes se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, "Deseo o fuerte deseo o urgencia de usar la sustancia inhalante", puede cumplirse).

Especificación

si: **En un ambiente controlado:** Este especificador adicional se usa si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso a sustancias inhalables está restringido.

Codifique según la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por inhalantes u otro trastorno mental inducido por inhalantes, no use el

códigos a continuación para el trastorno por uso de inhalantes. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de inhalantes se indica en el 4º carácter del código de trastorno inducido por inhalantes (consulte la nota de codificación para intoxicación por inhalantes o un trastorno mental específico inducido por inhalantes). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por inhalantes comórbido y un trastorno por consumo de inhalantes, solo se proporciona el código de trastorno depresivo inducido por inhalantes, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de inhalantes comórbido es leve, moderado o grave: F18.14 para leve trastorno por consumo de inhalantes con trastorno depresivo inducido por inhalantes o F18.24 para un trastorno por consumo de inhalantes moderado o grave con trastorno depresivo inducido por inhalantes.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F18.10 Leve: presencia de 2 o 3 síntomas.

F18.11 Leve, en remisión temprana

F18.11 Leve, en remisión sostenida F18.20

Moderada: presencia de 4-5 síntomas.

F18.21 Moderado, en remisión temprana F18.21

Moderado, en remisión sostenida F18.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F18.21 Grave, en remisión temprana F18.21

Grave, en remisión sostenida

Especificadores

"En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado).

Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

La gravedad del trastorno por uso de inhalantes de los individuos se evalúa por el número de criterios de diagnóstico aprobados. El cambio de la gravedad del trastorno por uso de inhalantes de las personas a lo largo del tiempo se refleja en reducciones en la frecuencia (p. ej., días de uso por mes) y/o dosis (p. ej., tubos de pegamento por día) utilizados, según lo evaluado por el autoinforme de la persona, el informe de otros, las observaciones del médico y las pruebas biológicas (cuando sea práctico).

Características de diagnóstico

Los ejemplos de sustancias inhalantes incluyen hidrocarburos volátiles, que comprenden gases tóxicos de pegamentos, combustibles, pinturas y otros compuestos volátiles. Cuando sea posible, el

603

debe nombrarse la sustancia particular involucrada (p. ej., "trastorno por consumo de tolueno"). Sin embargo, la mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de varias sustancias que pueden producir efectos psicoactivos y, a menudo, es difícil determinar la sustancia exacta responsable del trastorno. A menos que haya pruebas claras de que se ha utilizado una sola sustancia sin mezclar, se debe utilizar el término general **inhalante** al registrar el diagnóstico. Los trastornos derivados de la inhalación de óxido nitroso o de nitrito de amilo, butilo o isobutilo se consideran trastornos por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Las características del trastorno por consumo de inhalantes incluyen el uso repetido de una sustancia inhalable a pesar de que el individuo sabe que la sustancia le está causando problemas graves (Criterio A9). Esos problemas se reflejan en los criterios de diagnóstico.

Faltar al trabajo o a la escuela o la incapacidad para realizar las responsabilidades típicas en el trabajo o la escuela (Criterio A5), y el uso continuado de la sustancia inhalante aunque provoque discusiones con familiares o amigos, peleas y otros problemas sociales o interpersonales (Criterio A6), pueden ser visto en el trastorno por uso de inhalantes. También puede ocurrir la limitación del contacto familiar, las obligaciones laborales o escolares, o las actividades recreativas (p. ej., deportes, juegos, pasatiempos) (Criterio A7). También se observa el uso de inhalantes al conducir o manejar equipos peligrosos (Criterio A8).

La tolerancia (Criterio A10) es reportada por alrededor del 10% de las personas que usan inhalantes. Debido a que no se ha establecido un síndrome de abstinencia clínicamente significativo con el uso de inhalantes, no se incluye ni un diagnóstico de abstinencia de inhalantes ni un criterio de diagnóstico correspondiente para quejas de abstinencia por trastorno por uso de inhalantes. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden ocurrir entre los usuarios de inhalantes y las personas con un trastorno por consumo de inhalantes de moderado a grave, y estos síntomas parecen ser similares en frecuencia a los síntomas de abstinencia entre aquellos con un trastorno por consumo de cocaína de moderado a grave.

Funciones asociadas

Un diagnóstico de trastorno por uso de inhalantes está respaldado por episodios recurrentes de intoxicación con resultados negativos en las pruebas estándar de detección de drogas (que no detectan inhalantes); posesión u olor persistente de sustancias inhalantes; "erupción por inhalación de pegamento" perioral o perinasal; asociación con otras personas conocidas por usar inhalantes; pertenencia a grupos con uso frecuente de inhalantes (p. ej., algunas comunidades nativas o aborígenes, niños sin hogar en pandillas callejeras); fácil acceso a ciertas sustancias inhalantes; posesión de parafernalia; presencia de las complicaciones médicas características del trastorno (p. ej., patología de la sustancia blanca del cerebro, rabdomiólisis); y la presencia de otros múltiples trastornos por consumo de sustancias. Las personas con trastorno por uso de inhalantes pueden presentar síntomas de anemia perniciosa, degeneración combinada subaguda de la médula espinal, trastorno neurocognitivo mayor o leve, atrofia cerebral, leucoencefalopatía y muchos otros trastornos del sistema nervioso.

Predominio

Alrededor del 2,3% de los jóvenes estadounidenses de 12 a 17 años han usado inhalantes en los últimos 12 meses, y el 0,1% tiene un patrón de uso que cumple con los criterios para el trastorno por uso de inhalantes. Entre los adultos de EE. UU., mayores de 18 años, la prevalencia de uso de inhalantes en los últimos 12 meses es de aproximadamente 0,21 %, y el 0,04 % tiene un patrón de uso que cumple los criterios para un trastorno por uso de inhalantes. Entre los jóvenes, la prevalencia del uso de inhalantes en los últimos 12 meses es más alta entre los blancos no hispanos y las personas que reportan más de una identidad racial y más baja entre los indios americanos/nativos de Alaska. Las tasas de prevalencia de doce meses del uso de inhalantes y el trastorno por uso de inhalantes entre adultos son más altas entre los blancos no hispanos y más bajas entre los negros no hispanos y los indios americanos/nativos de Alaska.

Desarrollo y curso

La disminución de la prevalencia en los Estados Unidos del uso de inhalantes y el trastorno por uso de inhalantes después de la adolescencia (del 2,3 % durante la adolescencia al 0,1 % en la edad adulta temprana para el uso de inhalantes y del 0,1 % al 0,04 % para el trastorno por uso de inhalantes) indica que el trastorno usualmente

remite en la edad adulta temprana. El trastorno por uso de inhalantes es raro en niños prepúberes, más común en adolescentes y adultos jóvenes, y poco común en personas mayores. Las llamadas a los centros de control de envenenamiento por "abuso intencional" de inhalantes alcanzan su punto máximo con llamadas que involucran

individuos a la edad de 14 años. Aquellos con un trastorno por uso de inhalantes que se extiende hasta la edad adulta muestran un inicio más temprano del uso de inhalantes, uso de múltiples inhalantes y uso más frecuente de inhalantes.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los predictores del trastorno por uso de inhalantes incluyen búsqueda de sensaciones y impulsividad

Ambiental. Los gases inhalables están ampliamente y legalmente disponibles, lo que aumenta el riesgo de uso indebido. El maltrato o trauma infantil también se asocia con la progresión juvenil del no uso de inhalantes al trastorno por uso de inhalantes.

Genético y fisiológico. *La desinhibición conductual* es una propensión general altamente hereditaria a no restringir el comportamiento de manera socialmente aceptable, a romper las normas y reglas sociales y a asumir riesgos peligrosos, buscando recompensas en exceso a pesar de los peligros de consecuencias adversas. Los jóvenes con una fuerte desinhibición conductual muestran factores de riesgo para el trastorno por uso de inhalantes: trastorno por uso de sustancias de inicio temprano, participación de múltiples sustancias y problemas de conducta tempranos. Debido a que la desinhibición del comportamiento está bajo una fuerte influencia genética, los jóvenes en familias con uso de sustancias y comportamientos antisociales tienen un riesgo elevado de trastorno por uso de inhalantes.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

A nivel internacional, ciertas comunidades indígenas aisladas han experimentado una alta prevalencia de problemas de inhalación. Además, en algunos países de ingresos bajos y medianos, grupos de niños sin hogar que viven en la calle tienen grandes problemas de uso de inhalantes debido a los efectos de la pobreza y la disponibilidad y asequibilidad de las sustancias, y como una forma de hacer frente a la falta de vivienda.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Aunque la prevalencia de los últimos 12 meses del trastorno por uso de inhalantes en los Estados Unidos es casi idéntica entre los niños y niñas adolescentes, el trastorno es muy raro entre los adultos. mujeres.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas de orina, aliento o saliva pueden ser valiosas para evaluar el uso simultáneo de sustancias no inhalables por parte de personas con trastorno por uso de inhalantes. Sin embargo, los problemas técnicos y el considerable gasto de los análisis hacen que las pruebas biológicas frecuentes de los propios inhalantes no sean prácticas.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas En los Estados Unidos, el uso de inhalantes en adolescentes y adultos y el trastorno por uso de inhalantes están asociados con pensamientos y conductas suicidas, especialmente entre individuos que reportan síntomas de ansiedad y depresión y antecedentes de trauma.

Consecuencias funcionales del trastorno por uso de inhalantes

Debido a la toxicidad inherente, el uso de inhalantes puede ser fatal. La muerte puede ocurrir por anoxia, disfunción cardíaca, reacción alérgica extrema, lesión grave en los pulmones, vómitos, accidentes o lesiones, o depresión del sistema nervioso central. Además, cualquier hidrocarburo volátil inhalado puede producir "muerte súbita por inhalación" por arritmia cardíaca. El uso de inhalantes afecta la función neuroconductual y causa varios problemas neurológicos, gastrointestinales, cardiovasculares y pulmonares.

Los usuarios de inhalantes a largo plazo tienen un mayor riesgo de contraer tuberculosis, VIH/SIDA, enfermedades transmisibles, depresión, ansiedad, bronquitis, asma y sinusitis.

Diagnóstico diferencial

Exposición a inhalantes (no intencional) de accidentes industriales o de otro tipo. Un diagnóstico de trastorno por uso de inhalantes solo se aplica si la exposición a los inhalantes es intencional.

Intoxicación por inhalantes, sin cumplir criterios de trastorno por consumo de inhalantes. La intoxicación por inhalantes ocurre con frecuencia durante el trastorno por uso de inhalantes, pero también puede ocurrir entre personas cuyo uso no cumple con los criterios para el trastorno por uso de inhalantes.

Intoxicación por inhalantes que cumple con los criterios para el trastorno por uso de inhalantes y los trastornos mentales inducidos por inhalantes.

El trastorno por uso de inhalantes se diferencia de la intoxicación por inhalantes y los trastornos mentales inducidos por inhalantes (p. ej., trastorno depresivo inducido por inhalantes) en que el trastorno por uso de inhalantes describe un patrón problemático de uso de inhalantes que implica un control deficiente sobre el uso de inhalantes, deterioro social atribuible al uso de inhalantes, el uso riesgoso de inhalantes (p. ej., uso de inhalantes a pesar de las complicaciones médicas) y los síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia), mientras que la intoxicación por inhalantes y los trastornos mentales inducidos por inhalantes describen síndromes psiquiátricos que se desarrollan en el contexto de un uso intensivo.

La intoxicación por inhalantes y los trastornos mentales inducidos por inhalantes ocurren con frecuencia en individuos con trastorno por uso de inhalantes. En tales casos, se debe dar un diagnóstico de intoxicación por inhalantes o un trastorno mental inducido por inhalantes además de un diagnóstico de trastorno por uso de inhalantes, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Otros trastornos por uso de sustancias, especialmente aquellos que involucran sustancias sedantes (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos).

El trastorno por uso de inhalantes comúnmente ocurre junto con otros trastornos por uso de sustancias, y los síntomas de los trastornos pueden ser similares y superpuestos. Para desenredar los patrones de síntomas, es útil preguntar qué síntomas persistieron durante los períodos en que no se consumían algunas de las sustancias.

Comorbilidad

Las personas con trastorno por uso de inhalantes que reciben atención clínica a menudo tienen muchos otros trastornos por uso de sustancias, estado de ánimo, ansiedad y personalidad. El trastorno por uso de inhalantes comúnmente ocurre junto con el trastorno de conducta en adolescentes y con el trastorno de personalidad antisocial. Las personas con trastorno por uso de inhalantes pueden tener síntomas comórbidos de daño hepático o renal, rabdomiolisis, metahemoglobinemia o síntomas de otras enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares o pulmonares.

Intoxicación por inhalantes

Criterios de diagnóstico

- A. Exposición reciente intencional o no intencional a dosis altas a corto plazo a sustancias inhalantes, incluidos hidrocarburos volátiles como el tolueno o la gasolina.
- B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, agresividad, apatía, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después de la exposición a inhalantes.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después, uso de inhalantes o exposición:
 1. Mareos.

2. Nistagmo.
3. Falta de coordinación.

606

4. Habla arrastrada.
 5. Marcha inestable.
 6. Letargo.
 7. Reflejos deprimidos.
 8. Retraso psicomotor.
 9. Temblor.
 10. Debilidad muscular generalizada.
 11. Visión borrosa o diplopía.
 12. Estupor o coma.
 13. Euforia.
- D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno comórbido por uso de inhalantes. Si existe comorbilidad con un trastorno leve por consumo de inhalantes, el código ICD-10-CM es **F18.120**, y si existe comorbilidad con un trastorno moderado o grave por consumo de inhalantes, el código ICD-10-CM es **F18.220**. Si no hay un trastorno concomitante por uso de inhalantes, entonces el código ICD-10-CM es **F18.920**.

Nota: para obtener información sobre el desarrollo y la evolución, los factores de riesgo y pronóstico, los problemas de diagnóstico relacionados con el cultivo y los marcadores de diagnóstico, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por uso de inhalantes.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por inhalantes es la presencia de cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos que se desarrollan durante o inmediatamente después de la inhalación intencionada o no intencionada de una sustancia de hidrocarburo volátil. Cuando sea posible, se debe nombrar la sustancia particular involucrada (p. ej., intoxicación con tolueno). La intoxicación desaparece en unos pocos minutos a unas pocas horas después de que termina la exposición. Por lo tanto, la intoxicación por inhalantes generalmente ocurre en episodios breves que pueden reaparecer con el uso adicional de inhalantes.

Funciones asociadas

La intoxicación por inhalantes puede estar indicada por evidencia de posesión u olor persistente de sustancias inhalantes (p. ej., pegamento, diluyente de pintura, gasolina, encendedores de butano); otras características pueden incluir euforia, relajación, dolor de cabeza, latidos cardíacos rápidos, confusión, locuacidad, visión borrosa, amnesia, dificultad para hablar, irritabilidad, náuseas, fatiga, ardor en los ojos o la garganta, grandiosidad, dolor en el pecho, alucinaciones auditivas o visuales y disociación.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de los episodios reales de intoxicación por inhalantes en la población general, pero es probable que la mayoría de los usuarios de inhalantes presenten en algún momento cambios psicológicos o de comportamiento y síntomas que cumplirían los criterios de intoxicación por inhalantes. Por lo tanto, la prevalencia del uso de inhalables y la prevalencia de

intoxicación por inhalación son probablemente similares. En 2017, el uso de inhalantes en el último año fue informado por el 0,6 % de todos los estadounidenses mayores de 12 años; la prevalencia fue más alta en los grupos de edad más jóvenes (2,3 % para personas de 12 a 17 años, 1,6 % para personas de 18 a 25 años y 0,3 % para personas de 26 años o más).

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Se desconocen las diferencias de género en la prevalencia de intoxicación por inhalantes en la población general. En cuanto a las diferencias de género en la prevalencia del uso de inhalables en los Estados Unidos

607

Unidos, el 0,8 % de los niños/hombres mayores de 12 años y el 0,5 % de las niñas/mujeres mayores de 12 años han usado inhalantes en el año anterior, pero en los grupos de edad más jóvenes las diferencias son mínimas o las niñas pueden tener una prevalencia ligeramente mayor (p. entre los adolescentes de 12 a 17 años, el 2,4 % de las niñas y el 2,2 % de los niños han consumido inhalantes en el último año).

Consecuencias funcionales de la intoxicación por inhalantes El uso de

sustancias inhaladas en un recipiente cerrado, como una bolsa de plástico sobre la cabeza, puede provocar pérdida del conocimiento, anoxia y muerte. Por separado, la "muerte súbita por inhalación", probablemente por arritmia o paro cardíaco, puede ocurrir con varios inhalantes volátiles. La mayor toxicidad de ciertos inhalantes volátiles, como el butano o el propano, también provoca muertes. Aunque la intoxicación por inhalación en sí es de corta duración, puede producir problemas médicos y neurológicos persistentes, especialmente si las intoxicaciones son frecuentes. Los correlatos clínicamente significativos de la intoxicación por inhalantes incluyen comportamientos imprudentes (p. ej., tomar riesgos tontos, meterse en peleas, tener relaciones sexuales sin protección), comportamientos antisociales (crueldad, daño a la propiedad, arrestos) y accidentes graves.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por otras sustancias, especialmente por sustancias sedantes (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos).

Estos trastornos pueden tener signos y síntomas similares, pero la intoxicación atribuible a otros intoxicantes puede identificarse mediante un examen toxicológico. Diferenciar la fuente de la intoxicación puede implicar discernir evidencia de exposición a inhalantes como se describe para el trastorno por uso de inhalantes. Un diagnóstico de intoxicación por inhalantes puede sugerirse por la posesión o los olores persistentes de sustancias inhalantes (p. ej., pegamento, diluyente de pintura, gasolina, encendedores de butano); posesión de parafernalia (p. ej., trapos o bolsas para concentrar vapores de pegamento); "sarpullido por inhalación de pegamento" perioral o perinasal; informes de familiares o amigos de que el individuo intoxicado posee o usa inhalantes; o intoxicación aparente a pesar de los resultados negativos en las pruebas estándar de detección de drogas (que por lo general no logran identificar los inhalantes).

Trastornos mentales inducidos por inhalantes La intoxicación por inhalantes se distingue de los trastornos mentales inducidos por inhalantes (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, que aparece durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos superan a los que suelen asociarse con la intoxicación por inhalantes, predominan en el cuadro clínico. presentación, y son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos o infecciosos que alteran la función cerebral y la cognición.

Numerosas afecciones neurológicas y médicas pueden producir cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, agresividad, apatía, deterioro del juicio) que también caracterizan la intoxicación por inhalación.

comorbilidad

Dada la superposición típica de la intoxicación por inhalantes con el trastorno por uso de inhalantes, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por uso de inhalantes para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Trastornos mentales inducidos por inhalantes

Los siguientes trastornos mentales inducidos por inhalantes se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por inhalantes ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"); depresión inducida por inhalantes

608

trastorno ("Trastornos depresivos"); trastorno de ansiedad inducido por inhalantes ("Trastornos de Ansiedad"); y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por inhalantes ("Trastornos neurocognitivos"). Para el delirio por intoxicación por inhalantes, consulte los criterios y la discusión del delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por inhalantes se diagnostican en lugar de intoxicación por inhalantes solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con inhalantes

F18.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con inhalantes que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con inhalantes o cualquier de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

Trastornos relacionados con opioides

Trastorno por uso de opioides

Intoxicación por opioides

Abstinencia de opioides

Trastornos mentales inducidos por opioides

Trastorno no especificado relacionado con opioides

Trastorno por uso de opioides

Criterios de diagnóstico

- A. Un patrón problemático de uso de opioides que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses:

1. Los opioides a menudo se toman en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo previsto.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de opioides.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener el opioide, use el opioide o se recupere de sus efectos.
4. Antojo, o un fuerte deseo o urgencia de usar opioides.
5. Uso recurrente de opioides que resulta en una falta de desempeño del rol principal obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Uso continuo de opioides a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de los opioides.
7. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de opioides.

609

8. Uso recurrente de opioides en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Uso continuado de opioides a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a. Una necesidad de cantidades marcadamente mayores de opioides para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de un opioide.

Nota: Se considera que este criterio no se cumple para aquellos que toman opioides únicamente bajo la supervisión médica adecuada.

11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia de opioides característico (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia de opioides).
- b. Los opioides (o una sustancia estrechamente relacionada) se toman para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que este criterio se cumple para aquellas personas que toman opioides únicamente bajo la supervisión médica adecuada.

Especifique

si: **En remisión temprana:** después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de opioides, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de opioides se ha cumplido durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, "Deseo , o un fuerte deseo o necesidad imperiosa de usar opioides", puede satisfacerse).

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de opioides, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de opioides se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, "Ansias o un fuerte deseo o necesidad imperiosa de usar opioides", puede cumplirse).

Especificificar

si: **En tratamiento de mantenimiento:** este especificador adicional se utiliza si la persona está tomando un medicamento agonista recetado, como metadona o buprenorfina, y no cumple ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de opioides.

para esa clase de medicamento (excepto la tolerancia o la abstinencia del agonista). Esta categoría también se aplica a aquellas personas que se mantienen con un agonista parcial, un agonista/antagonista o un antagonista completo, como la naltrexona oral o la naltrexona de depósito.

En un entorno controlado: este especificador adicional se utiliza si la persona se encuentra en un entorno donde el acceso a los opioides está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por opioides, abstinencia de opioides u otro trastorno mental inducido por opioides, no use los códigos a continuación para el trastorno por uso de opioides. En cambio, el trastorno por consumo de opioides comórbido se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por opioides (consulte la nota de codificación para la intoxicación por opioides, la abstinencia de opioides o un trastorno mental específico inducido por opioides). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por opiáceos comórbido y un trastorno por consumo de opiáceos, solo se proporciona el código del trastorno depresivo inducido por opiáceos, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de opiáceos comórbido es leve, moderado o grave: F11.14 para un trastorno leve por consumo de opioides con trastorno depresivo inducido por opioides o F11.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de opioides con trastorno depresivo inducido por opioides.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F11.10 Leve: presencia de 2 o 3 síntomas.

F11.11 Leve, en remisión temprana

F11.11 Leve, en remisión sostenida

610

F11.20 Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

F11.21 Moderado, En remisión temprana

F11.21 Moderado, En remisión sostenida F11.20

Severo: Presencia de 6 o más síntomas.

F11.21 Grave, en remisión temprana

F11.21 Grave, en remisión sostenida

Especificadores

El especificador "en terapia de mantenimiento" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está en remisión y recibe terapia de mantenimiento. "En un ambiente controlado" se aplica como otra especificación de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

El cambio de gravedad a lo largo del tiempo en un individuo también se refleja en reducciones en la frecuencia (p. ej., días de uso por mes) y/o dosis (p. ej., inyecciones o cantidad de píldoras) de un opioide, según lo evaluado por el autoinforme del individuo, informe de otros expertos, observaciones del médico y pruebas biológicas.

Características diagnósticas

Los opioides incluyen opioides naturales (p. ej., morfina, codeína), semisintéticos (p. ej., heroína, oxicodona, hidrocodona, hidromorfona, oximorfona) y sintéticos con acción similar a la morfina (p. ej., metadona, meperidina, tramadol, fentanilo, carfentanilo).

Medicamentos como la pentazocina y la buprenorfina que tienen agonistas opiáceos y

los efectos antagonistas también se incluyen en esta clase porque, especialmente en dosis más bajas, sus propiedades agonistas producen efectos fisiológicos y conductuales similares a los de los agonistas opioides clásicos. Los opioides se prescriben como analgésicos, anestésicos, agentes antidiarreicos o supresores de la tos. La heroína es una de las drogas de esta clase que más comúnmente se abusa y generalmente se inyecta, aunque se puede fumar o "esnifar", especialmente cuando se dispone de heroína muy pura. El fentanilo generalmente se inyecta, tanto con fines médicos como no médicos, y se usa médica en formulaciones transdérmicas y transmucosas, mientras que los supresores de la tos y los agentes antidiarreicos se toman por vía oral. Los otros opioides generalmente se toman tanto por inyección como por vía oral.

El trastorno por consumo de opiáceos puede surgir de los opiáceos recetados o de los opiáceos ilícitos (p. ej., la heroína y, especialmente en los últimos años, los opiáceos sintéticos relacionados con el fentanilo). El trastorno por consumo de opiáceos consiste en signos y síntomas que reflejan la autoadministración compulsiva y prolongada de sustancias opiáceas, ya sea para un propósito que no es médico legítimo o para su uso de una manera "no médica" (es decir, exceder en gran medida la cantidad recetada para una afección médica).). Por ejemplo, una persona con dosis adecuadas de analgésicos opioides recetados para aliviar el dolor que usa una cantidad significativamente mayor de la recetada, y no solo debido al dolor persistente, está involucrada en el uso no médico de opioides y puede tener un trastorno por uso de opioides. La mayoría de las personas con trastorno por consumo de opiáceos tienen tolerancia y experimentan abstinencia cuando interrumpen o reducen abruptamente el uso de opiáceos. De manera similar a los procesos que ocurren con otras sustancias psicoactivas, las personas con trastorno por uso de opioides a menudo desarrollan respuestas condicionadas a los estímulos relacionados con las drogas (p. ej., ansias reactivas de señales al ver imágenes o parafernalia de drogas). Estas respuestas probablemente contribuyen a la recaída, son difíciles de extinguir y, por lo general, persisten mucho después de que se completa la abstinencia.

Las personas con trastorno por consumo de opioides tienden a desarrollar patrones tan regulares de consumo compulsivo de drogas que las actividades diarias se planifican en torno a la obtención y administración de drogas.

611

Opioides Los opioides recetados utilizados con fines no médicos pueden obtenerse de familiares o amigos, de médicos falsificando o exagerando problemas médicos, recibiendo recetas simultáneas de varios médicos o comprándolos en el mercado ilegal. Los profesionales de la salud con trastorno por consumo de opiáceos pueden obtener opiáceos escribiendo recetas para ellos mismos o desviando los opiáceos que han sido recetados para personas o de suministros de farmacia.

Funciones asociadas

Un intento de lograr la intoxicación por opioides puede resultar en una sobredosis de opioides fatal o no fatal. La sobredosis de opioides se caracteriza por pérdida del conocimiento, depresión respiratoria y pupilas diminutas. Sin embargo, las sobredosis de opioides también pueden ocurrir en ausencia del uso de drogas que buscan la intoxicación. Las sobredosis de opiáceos han aumentado exponencialmente en los Estados Unidos desde 1999. Hasta 2009, las sobredosis de opiáceos se debieron principalmente a los opioides recetados, pero desde 2010, las sobredosis por heroína comenzaron a aumentar considerablemente y, además, desde 2015, las sobredosis mortales por opiáceos sintéticos distintos de la metadona (generalmente fentanilo) han superado en número a las sobredosis debidas a opioides prescritos.

El trastorno por consumo de opiáceos puede asociarse con antecedentes de delitos relacionados con las drogas (p. ej., posesión o distribución de drogas, falsificación, hurto, robo, hurto, recepción de bienes robados). Entre los profesionales de la salud y las personas que tienen fácil acceso a sustancias controladas, un patrón diferente de actividades ilegales puede implicar problemas con las juntas estatales de licencias, el personal profesional de los hospitales u otros organismos administrativos.

agencias Las dificultades maritales (incluido el divorcio), el desempleo y el empleo irregular pueden estar asociados con el trastorno por consumo de opioides en todos los niveles socioeconómicos.

Predominio

La prevalencia del uso no médico de opioides recetados entre adultos estadounidenses mayores de 18 años es de 4,1 % a 4,7 %, con tasas de uso más altas en adultos de 18 a 25 años que en adultos de 26 años o más (5,5 % frente a 3,4 %, respectivamente). La prevalencia del consumo de heroína en los Estados Unidos es del 0,3 % al 0,4 % y es mayor entre los adultos de 18 a 25 años (0,5 % a 0,7 %) que en otros grupos de edad. En los adolescentes de EE. UU. de 12 a 17 años, entre el 2,8 % y el 3,9 % usan opioides recetados sin fines médicos, con tasas más altas en los adolescentes mayores que en los adolescentes más jóvenes.

El consumo de heroína en adolescentes es bastante bajo (< 0,05%–0,1%).

La prevalencia del trastorno por consumo de opioides recetados entre adultos estadounidenses mayores de 18 años (criterios DSM-IV o DSM-5) es del 0,6 % al 0,9 %, y la prevalencia del trastorno por consumo de heroína (criterios DSM-IV o DSM-5) es 0,1 %–0,3%. Entre las personas de 12 a 17 años, la prevalencia del trastorno por consumo de opioides recetados es del 0,4 %, y el trastorno por consumo de heroína es raro (esencialmente del 0 %). En los Estados Unidos, las tasas de trastorno por uso de opioides (opiáceos recetados y heroína) son más altas entre los hombres que entre las mujeres, entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores y entre las personas con ingresos o educación más bajos. Entre los adultos de EE. UU. en 2012-2013, la prevalencia del trastorno por uso de opioides recetados no médicos varió según el grupo étnico: 1,42 % en nativos americanos, 1,04 % en afroamericanos, 0,96 % en blancos no latinos, 0,70 % en latinos y 0,16 % en Asiáticos americanos o isleños del Pacífico. Las tasas basadas en encuestas de hogares pueden subestimar la prevalencia nacional al omitir a las personas en instituciones y cárceles o prisiones, cuyas tasas probablemente sean mucho más altas.

A nivel mundial, en 2016, hubo 26,8 millones de casos de dependencia de opioides según el DSM-IV, con una prevalencia estandarizada por edad de 353,0 casos por cada 100 000 personas; la prevalencia de la dependencia de opiáceos en todas las regiones geográficas osciló entre el 0,14 % y el 0,46 %.

Desarrollo y curso El trastorno por consumo

de opioides puede comenzar a cualquier edad. En los Estados Unidos, los problemas asociados con el uso de opioides se observan con mayor frecuencia al final de la adolescencia o principios de los 20 años, con un intervalo más largo entre el primer uso de opioides y el inicio del trastorno para los opioides recetados que para

612

heroína. El uso temprano puede reflejar un deseo de alivio de los factores estresantes de la vida o del dolor psicológico. Los estudios a largo plazo muestran que una vez que se desarrolla un trastorno por uso de opioides que requiere tratamiento, puede continuar durante muchos años, con períodos breves de abstinencia en algunas personas, pero abstinencia a largo plazo solo en una minoría. Se produjo una excepción entre los soldados estadounidenses que se volvieron dependientes de los opioides mientras servían en la guerra de Vietnam; más del 90 % tuvo una abstinencia a largo plazo de los opioides después de regresar a los Estados Unidos, aunque muchos posteriormente experimentaron problemas con el alcohol, las anfetaminas o pensamientos o conductas suicidas.

Factores de riesgo y pronóstico

Además de una asociación con el uso más frecuente de opioides recetados no médicos, el trastorno por uso de opioides recetados en adultos está asociado con la mayoría de los otros trastornos por uso de sustancias. El trastorno por consumo de opiáceos está muy asociado con rasgos de externalización como la búsqueda de novedades, la impulsividad y la desinhibición. Los factores ambientales familiares, de pares y sociales aumentan el riesgo de trastorno por uso de opioides. Los estudios familiares y de gemelos también indican una fuerte contribución genética al riesgo de trastornos por uso de opioides, aunque la identificación de las variantes genéticas específicas que contribuyen al riesgo genético ha sido lenta. Par

los factores pueden relacionarse con la predisposición genética en términos de cómo las personas seleccionan sus entornos, incluidos sus compañeros.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Los individuos de grupos etnoraciales socialmente oprimidos históricamente estuvieron sobrerepresentados entre los individuos con trastorno por consumo de opioides. Sin embargo, con el tiempo, el trastorno por uso de opioides se ha vuelto más común entre las personas blancas, lo que sugiere que la disponibilidad generalizada de opioides y otros factores sociales (p. ej., cambios en las tasas de pobreza y desempleo) tienen un impacto en la prevalencia. De acuerdo con estos factores, a pesar de las pequeñas variaciones entre los grupos etnoraciales en el desempeño psicométrico de los elementos de criterio del trastorno por uso de opioides, los criterios para el trastorno por uso de opioides funcionan igualmente bien en todos los grupos etnoraciales.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las mujeres con trastorno por consumo de opiáceos parecen más propensas que los hombres a haber iniciado el uso de opiáceos en respuesta al abuso sexual y la violencia, y es más probable que una pareja les introduzca a la droga. Existe evidencia sustancial de telescoping entre las mujeres en el sentido de que progresan a un trastorno por uso más rápidamente que los hombres después del primer uso; las mujeres también parecen estar más enfermas que los hombres cuando ingresan a los centros de tratamiento, como se observó en una amplia muestra de consumidores de heroína en Italia.

Marcadores de diagnóstico

Los resultados de las pruebas toxicológicas de orina de rutina a menudo son positivos para fármacos opioides en personas con trastorno por consumo de opioides. Los resultados de las pruebas de orina siguen siendo positivos para la mayoría de los opioides (p. ej., heroína, morfina, codeína, oxicodeona, propoxifeno) durante 12 a 36 horas después de la administración. Algunos opioides, como el fentanilo y la oxicodeona, no se detectan mediante análisis de orina estándar (que analizan la morfina), pero pueden identificarse mediante procedimientos más especializados durante varios días después de su uso. De manera similar, la metadona y la buprenorfina (o las combinaciones de buprenorfina/naloxona) no darán un resultado positivo en las pruebas de rutina para opiáceos; requieren pruebas específicas que pueden detectar estas sustancias durante varios días hasta más de 1 semana.

Aunque no son marcadores específicos del trastorno por uso de opioides, la evidencia de laboratorio de la presencia de otras sustancias (p. ej., cocaína, marihuana, alcohol, anfetaminas, benzodiazepinas) es común en los consumidores de heroína. Además, los resultados de las pruebas de detección del virus de la hepatitis A, B y C a menudo son positivos en los usuarios de opioides inyectables, ya sea para el antígeno de la hepatitis (que significa infección activa) o para el anticuerpo contra la hepatitis (que significa una infección anterior). Hígado levemente elevado

613

los resultados de las pruebas de función son comunes, ya sea como resultado de la resolución de la hepatitis o de una lesión tóxica en el hígado debido a los contaminantes que se mezclaron con el opioide inyectado. El VIH también prevalece entre los usuarios de opioides inyectables. Se han observado cambios sutiles en los patrones de secreción de cortisol y la regulación de la temperatura corporal hasta 6 meses después de la abstinencia de opioides.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

El trastorno por consumo de opioides se asocia con un mayor riesgo de intentos de suicidio y suicidio. Algunos factores de riesgo de suicidio se superponen con los factores de riesgo de un trastorno por consumo de opioides. Además, la intoxicación repetida por opioides o la abstinencia pueden estar asociadas con depresiones graves que, aunque son temporales, pueden ser lo suficientemente intensas como para provocar intentos de suicidio y suicidio. La sobredosis accidental no fatal de opioides y el intento de suicidio son distintos

fenómenos que pueden ser difíciles de diferenciar pero que no deben confundirse entre sí, si es posible.

Los hallazgos del Estudio de la Carga Global de Enfermedades de 2010 mostraron que, entre las drogas de abuso, el suicidio es una causa común de muerte entre los usuarios regulares de opioides. La evidencia sugiere que los suicidios se subestiman o, a menudo, se clasifican erróneamente en los datos de intoxicación por opioides. En un estudio de los registros médicos nacionales de la Administración de Salud de Veteranos (VHA), después del ajuste por comorbilidad psiquiátrica, el trastorno por uso de opioides elevó el riesgo de mortalidad por suicidio, con un mayor aumento en el riesgo entre las mujeres que entre los hombres. En otro estudio que también utilizó registros médicos nacionales de la VHA, entre los veteranos a los que se les recetó opioides para el dolor crónico, la mortalidad por suicidio aumentó con dosis más altas de opioides, incluso después de que se tomaron en cuenta los factores demográficos y clínicos. Un seguimiento de una cohorte nacional de adultos de EE. UU. con antecedentes de sobredosis de opioides encontró que la razón de mortalidad estandarizada (SMR; la razón entre la cantidad observada de muertes en una población de estudio y la cantidad de muertes que se esperaría) era 25,9 para suicidio, con una SMR más alta para mujeres que para hombres. Una revisión postuló que las razones del aumento del riesgo de suicidio entre los usuarios de opioides estaban relacionadas con factores de riesgo compartidos, a saber, trastornos mentales comórbidos y dolor.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de opiáceos

Fisiológicamente, el consumo de opiáceos se asocia con la falta de secreciones de las membranas mucosas, lo que provoca sequedad en la boca y la nariz. El enlentecimiento de la actividad gastrointestinal y una disminución en la motilidad intestinal pueden producir estreñimiento severo. La agudeza visual puede verse afectada como resultado de la contracción pupilar con la administración aguda. En las personas que se inyectan opioides, son comunes las venas esclerosadas ("pistas") y las marcas de pinchazos en las partes inferiores de las extremidades superiores. A veces, las venas se esclerosan tanto que se desarrolla un edema periférico y los individuos pasan a inyectarse en las venas de las piernas, el cuello o la ingle. Cuando estas venas se vuelven inutilizables, las personas a menudo inyectan directamente en su tejido subcutáneo ("estallido en la piel"), lo que resulta en celulitis, abscesos y cicatrices de apariencia circular de lesiones cutáneas curadas. Las infecciones por tétanos y *Clostridium botulinum* son consecuencias raras pero graves de la inyección de opioides, especialmente con agujas contaminadas. Las infecciones también pueden ocurrir en otros órganos e incluyen endocarditis bacteriana, hepatitis e infección por VIH. Las infecciones de hepatitis C, por ejemplo, pueden ocurrir en hasta el 90% de las personas que se inyectan opioides. Además, la prevalencia de la infección por el VIH es alta entre las personas que se inyectan drogas, una gran proporción de las cuales son personas con trastorno por consumo de opioides. Por ejemplo, las tasas de infección por el VIH llegan al 60% entre los usuarios de heroína en algunas áreas de los Estados Unidos y la Federación Rusa. Sin embargo, la incidencia puede ser mucho menor en áreas donde se facilita el acceso a material de inyección limpio y parafernalia.

La tuberculosis es un problema particularmente grave entre las personas que consumen drogas por vía intravenosa, especialmente las que son dependientes de la heroína; la infección suele ser asintomática y evidente sólo por la presencia de una prueba cutánea de tuberculina positiva o un análisis de sangre para tuberculosis (ensayo de liberación de interferón gamma). Sin embargo, se han encontrado muchos casos de tuberculosis activa, especialmente entre aquellos que están infectados con el VIH. estos individuos

a menudo tienen una infección recién adquirida, pero también es probable que experimenten la reactivación de una infección anterior debido a una función inmunológica deteriorada.

Las personas que inhalan heroína u otros opioides en la nariz (insuflación o "esnificación") a menudo desarrollan irritación de la mucosa nasal, a veces acompañada de perforación del tabique nasal. Las dificultades en el funcionamiento sexual son comunes. machos

a menudo experimentan disfunción eréctil durante la intoxicación o el uso crónico. Las mujeres comúnmente tienen alteraciones de la función reproductiva y menstruaciones irregulares.

Aunque el uso agudo de opioides produce analgesia, el uso crónico puede producir hiperalgesia (hiperalgesia inducida por opioides), una condición caracterizada por una mayor sensibilidad al dolor. La dependencia fisiológica de los opioides puede ocurrir en aproximadamente la mitad de los bebés nacidos de mujeres con trastorno por consumo de opioides. Esto puede producir un síndrome de abstinencia severo en el recién nacido que requiere tratamiento médico y ha aumentado notablemente en prevalencia.

La tasa de mortalidad en individuos con trastorno por uso de opioides es de 6 a 20 veces mayor que en la población general. Las sobredosis mortales debidas a los opioides recetados aumentaron drásticamente en los Estados Unidos desde 1999, con casi 400 000 muertes de este tipo ocurriendo desde entonces, y la tasa de sobredosis de este tipo es ahora cinco veces mayor que en 1999. Las sobredosis mortales debidas a la heroína comenzaron un fuerte aumento en 2010 , y desde 2013, las sobredosis mortales debidas a opioides sintéticos (p. ej., fentanilo) aumentaron tan drásticamente que estas tasas casi duplicaron las tasas de sobredosis de heroína o opioides recetados para 2017.

También han aumentado las sobredosis de opioides no fatales que resultan en hospitalización y visitas al departamento de emergencias. Aunque no todos los factores de riesgo para el trastorno por consumo de opioides y la sobredosis de opioides son iguales, existe una superposición sustancial, lo que hace que el riesgo de sobredosis sea una de las consecuencias potenciales más graves del trastorno por consumo de opioides. Las personas con trastorno por uso de opioides también tienen un mayor riesgo de mortalidad por muchas afecciones médicas (p. ej., hepatitis, infección por VIH, tuberculosis, enfermedad cardiovascular). La muerte también puede resultar de accidentes, lesiones u otras complicaciones médicas generales.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por opioides, abstinencia de opioides y trastornos mentales inducidos por opioides

uso

El trastorno se diferencia de la intoxicación por opiáceos, la abstinencia de opiáceos y los trastornos mentales inducidos por opiáceos (p. ej., trastorno depresivo inducido por opiáceos) en que el trastorno por uso de opiáceos describe un patrón problemático de uso de opiáceos que implica un control deficiente sobre el uso de opiáceos, deterioro social atribuible al uso de opiáceos , uso de opioides de riesgo (p. ej., uso continuado de opioides a pesar de las complicaciones médicas) y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia), mientras que la intoxicación por opioides, la abstinencia de opioides y los trastornos mentales inducidos por opioides describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de una fuerte usar. La intoxicación por opioides, la abstinencia de opiáceos y los trastornos mentales inducidos por opiáceos ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de opiáceos. En tales casos, se debe dar un diagnóstico de intoxicación por opioides, abstinencia de opioides o trastorno mental inducido por opioides además de un diagnóstico de trastorno por consumo de opioides, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Intoxicaciones por otras sustancias. La intoxicación por alcohol y la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden causar un cuadro clínico que se asemeja al de la intoxicación por opioides. Por lo general, se puede hacer un diagnóstico de intoxicación por alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con base en la ausencia de constricción pupilar o la falta de respuesta a la provocación con naloxona. En algunos casos, la intoxicación puede deberse tanto a los opioides como al alcohol u otros sedantes. En estos casos, la provocación con naloxona no revertirá todos los efectos sedantes.

Otros trastornos de abstinencia. La ansiedad y la inquietud asociadas con la abstinencia de opiáceos se asemejan a los síntomas observados en la abstinencia de sedantes-hipnóticos. Sin embargo, la abstinencia de opiáceos también se acompaña de rinorrea, lagrimo y dilatación pupilar, que no se observan en la abstinencia de tipo sedante. Las pupilas dilatadas también se observan en la intoxicación por alucinógenos y la intoxicación por estimulantes. Sin embargo, otros signos o síntomas de opioides

abstinencia, como náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales, rinorrea o lagrimeo, no están presentes.

Trastornos mentales independientes. Algunos de los efectos del uso de opioides pueden parecerse a los síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) de un trastorno mental independiente (p. ej., trastorno depresivo persistente). Es menos probable que los opioides produzcan síntomas de trastornos mentales que la mayoría de las otras drogas de abuso.

Comorbilidad

Aparte de la sobredosis, las comorbilidades médicas más comunes asociadas con el trastorno por uso de opioides son infecciones virales (p. ej., VIH, virus de la hepatitis C) y bacterianas, particularmente entre los usuarios de heroína inyectada. Estas infecciones son menos comunes en el trastorno por uso de opioides recetados.

La investigación con muestras representativas a nivel nacional de la población de los EE. UU. ha encontrado que el trastorno por uso de opioides a menudo se asocia con otros trastornos por uso de sustancias, especialmente aquellos relacionados con el tabaco, el alcohol, el cannabis, los estimulantes y las benzodiazepinas. Las personas con trastorno por consumo de opioides corren el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo persistente o un trastorno depresivo mayor. Estos síntomas pueden representar un trastorno depresivo inducido por opioides o una exacerbación de un trastorno depresivo independiente preexistente. Los períodos de depresión son especialmente comunes durante la intoxicación crónica o en asociación con factores estresantes físicos o psicosociales relacionados con el trastorno por uso de opioides. El insomnio también es común, especialmente durante la abstinencia. El trastorno por consumo de opiáceos también se asocia con el trastorno bipolar I, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de personalidad antisocial, límite y esquizotípico. También se ha identificado un historial de trastorno de conducta en la niñez o la adolescencia como un factor de riesgo significativo para los trastornos relacionados con sustancias, especialmente el trastorno por uso de opioides. Además, el trastorno por uso de opioides recetados y el trastorno por uso de heroína generalmente se asocian con **una enfermedad mental grave**, definida como un trastorno mental distinto del trastorno por uso de sustancias que resulta en un deterioro funcional grave que limita o interfiere sustancialmente con las principales actividades de la vida.

Intoxicación por opioides

Criterios de diagnóstico

- A. Uso reciente de un opioide.
- B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotor, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del uso de opioides.
- C. Contracción pupilar (o dilatación pupilar debido a la anoxia por sobredosis grave) y uno (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después del uso de opioides:
 1. Somnolencia o coma.
 2. Habla arrastrada.
 3. Deterioro de la atención o la memoria.
- D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: este especificador puede observarse en el raro caso de que se produzcan alucinaciones con prueba de realidad intacta o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

616

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de opioides y si existen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por opioides, sin alteraciones de la percepción: si existe comorbilidad con un trastorno leve por consumo de opioides, el código ICD-10-CM es **F11.120**, y si existe comorbilidad con un trastorno moderado o grave por consumo de opioides, el código ICD-10-CM es **F11 .220**. Si no hay un trastorno por uso de opioides comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F11.920**.

Para la intoxicación por opioides, con alteraciones de la percepción: si existe comorbilidad con un trastorno leve por consumo de opioides, el código ICD-10-CM es **F11.122**, y si existe comorbilidad con un trastorno moderado o grave por consumo de opioides, el código ICD-10-CM es **F11 .222**. Si no hay un trastorno por uso de opioides comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F11.922**.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por opioides es la presencia de cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotor, deterioro del juicio) que se desarrollan durante o poco después del uso de opioides (Criterios A y B). La intoxicación se acompaña de constricción pupilar (a menos que haya habido una sobredosis grave con la consiguiente anoxia y dilatación pupilar) y uno o más de los siguientes signos: somnolencia (descrita como estar "asintiendo"), dificultad para hablar y deterioro de la atención o memoria (Criterio C); la somnolencia puede progresar al coma. Las personas con intoxicación por opioides pueden demostrar falta de atención al medio ambiente, incluso hasta el punto de ignorar eventos potencialmente dañinos. Los signos o síntomas de intoxicación por opioides no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

Hasta 2009, las sobredosis de opioides se debieron principalmente a los opioides recetados, pero a partir de 2010, las sobredosis por heroína comenzaron a aumentar considerablemente y, además, desde 2015, las sobredosis mortales por opioides sintéticos distintos de la metadona (generalmente fentanilo) han superado a las sobredosis por a los opioides recetados.

Funciones asociadas

La intoxicación por opioides puede incluir disminuciones en la frecuencia respiratoria y la presión arterial, e hipotermia leve. La duración de la intoxicación por opioides puede variar en función de la farmacocinética del opioide ingerido. La intoxicación por opioides puede resultar en una sobredosis de opioides fatal o no fatal. La sobredosis de opioides se caracteriza por pérdida del conocimiento, depresión respiratoria y pupilas diminutas. Las sobredosis fatales de opioides han aumentado exponencialmente en los Estados Unidos desde 1999.

Desarrollo y curso

La intoxicación por opioides puede ocurrir en una persona que nunca ha usado opiáceos, una persona que usa opiáceos esporádicamente y una persona que es físicamente dependiente de los opiáceos.

La dosis de opioide consumida en relación con la probabilidad de experimentar una intoxicación por opioides variará en función del estado y el historial de consumo de opioides del individuo.

exposición (es decir, tolerancia). Las personas a menudo informan que la experiencia placentera cualitativa de la intoxicación por opioides disminuye después del uso repetido de un opioide.

Diagnóstico diferencial

Intoxicaciones por otras sustancias

La intoxicación por alcohol y la intoxicación por sedantes-hipnóticos pueden causar un cuadro clínico que se asemeja a la intoxicación por opioides. Por lo general, se puede hacer un diagnóstico de intoxicación por alcohol o sedantes-hipnóticos con base en la ausencia de constricción pupilar o la falta de respuesta a un desafío con naloxona. En algunos casos, la intoxicación puede deberse tanto a los opioides como al alcohol u otros sedantes. En estos casos, la administración de naloxona no revertirá todos los efectos sedantes. Si bien la respuesta a la administración de

617

naloxona puede respaldar el diagnóstico de intoxicación por opioides, la falta de respuesta puede deberse a la ingestión conjunta de un opioide con otra droga (p. ej., una benzodiazepina, alcohol) o a la ingestión de una dosis más alta y/o un opioide de mayor potencia (p. ej., fentanilo).

Trastornos mentales inducidos por opioides

La intoxicación por opiáceos se distingue de los trastornos mentales inducidos por opiáceos (p. ej., trastorno depresivo inducido por opiáceos, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo depresivo) en estos últimos trastornos superan a los que normalmente se asocian con la intoxicación por opiáceos, predominan en el presentación clínica, y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la intoxicación por opiáceos con el trastorno por consumo de opiáceos, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de opiáceos para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Abstinencia de opioides

Criterios de diagnóstico

A. Presencia de cualquiera de los siguientes:

1. Cese (o reducción) del uso de opioides que ha sido intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).
2. Administración de un antagonista opioide después de un período de uso de opioides.

B. Tres (o más) de los siguientes síntomas se desarrollan entre minutos y varios días después del

Criterio A: 1. Estado de ánimo disfórico.

2. Náuseas o vómitos.
3. Dolores musculares.
4. Lagrimeo o rinorrea.
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
6. Diarrea.
7. Bostezos.
8. Fiebre.
9. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de opioides. Si un trastorno leve por consumo de opioides es comórbido, el código ICD-10-CM es **F11.13**, y si un trastorno moderado o grave por consumo de opioides es comórbido, el código ICD-10-CM es **F11.23**. Para la abstinencia de opioides que ocurre en ausencia de un trastorno por uso de opioides (p. ej., en un paciente que toma opioides únicamente bajo la supervisión médica adecuada), el código ICD-10-CM es **F11.93**.

Características de diagnóstico

La característica esencial de la abstinencia de opiáceos es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese (o reducción) del uso prolongado de opiáceos.

618

(Criterio A1). Los opioides usados pueden ser drogas ilícitas u obtenidas lícitamente prescritas para tratar el dolor. Un síndrome de abstinencia también puede desencadenarse por la administración de un antagonista opioide (p. ej., naloxona, naltrexona, nalmefeno) después de un período de uso de opioides (Criterio A2); también puede ocurrir después de la administración de un agonista opioide parcial (p. ej., buprenorfina) a un individuo que actualmente usa un agonista opioide completo.

La abstinencia de opiáceos tiene un patrón característico de signos y síntomas. Los primeros son subjetivos y consisten en quejas de ansiedad, inquietud y una “sensación de dolor” que a menudo se localiza en la espalda y las piernas, junto con irritabilidad y aumento de la sensibilidad al dolor. Tres o más de los siguientes deben estar presentes para hacer un diagnóstico de abstinencia de opiáceos: estado de ánimo disfórico; náuseas o vómitos; dolores musculares; lagrimeo o rinorrea; dilatación pupilar, piloerección o aumento de la sudoración; Diarrea; bostezando; fiebre; e insomnio (Criterio B). La piloerección y la fiebre se asocian con una abstinencia más grave y no se observan a menudo en la práctica clínica habitual porque las personas con trastorno por consumo de opioides suelen obtener sustancias antes de que la abstinencia esté tan avanzada. Estos síntomas de abstinencia de opioides deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). Tener síntomas que cumplen con los criterios de diagnóstico para la abstinencia de opiáceos por sí solo no es suficiente para un diagnóstico de trastorno por consumo de opiáceos, pero los síntomas concurrentes de ansia y comportamiento de búsqueda de drogas sugieren un trastorno por consumo de opiáceos comórbido.

Funciones asociadas

La abstinencia de opiáceos puede ocurrir en cualquier persona después del cese del uso repetido de un opiáceo, ya sea en el contexto del tratamiento médico del dolor, durante la terapia con agonistas de opiáceos para el trastorno por uso de opiáceos, en el contexto del uso ilícito o después de intentos de autotratamiento de los síntomas de trastornos mentales con opioides. La abstinencia de opiáceos es una afección distinta de la adicción a los opiáceos o del trastorno por consumo de opiáceos y no necesariamente requiere que se diagnostiquen los comportamientos de búsqueda de drogas asociados con el trastorno por consumo de opiáceos. Por lo tanto, la abstinencia de opiáceos puede ocurrir en individuos sin trastorno por uso de opiáceos y no debe

confundirse con ella. Los hombres con abstinencia de opioides pueden experimentar piloerección, sudoración y eyaculaciones espontáneas mientras están despiertos.

Predominio

Entre las personas de varios entornos clínicos de EE. UU., la abstinencia de opiáceos ocurrió en el 60 % de las personas que habían consumido heroína al menos una vez en los 12 meses anteriores. Las personas que usan opioides regularmente (p. ej., opioides recetados para el dolor, opioides ilícitos) durante un período de tiempo corren el riesgo de desarrollar dependencia física, incluida la abstinencia, al dejar de consumir o reducir notablemente su uso.

Desarrollo y curso

La velocidad y la gravedad de la abstinencia asociada con los opioides dependen de la vida media del opioide utilizado. La mayoría de las personas que son fisiológicamente dependientes de drogas de acción corta como la heroína comienzan a tener síntomas de abstinencia dentro de las 6 a 12 horas posteriores a la última dosis. Los síntomas pueden tardar de 2 a 4 días en aparecer en el caso de fármacos de acción prolongada como la metadona o la buprenorfina. Los síntomas agudos de abstinencia de un opioide de acción corta como la heroína suelen alcanzar su punto máximo en 1 a 3 días y desaparecen gradualmente en un período de 5 a 7 días. Los síntomas más crónicos (p. ej., ansiedad, disforia, anhedonia, ansia, insomnio) pueden durar de semanas a meses. La gravedad de la abstinencia de opioides también varía según la duración del uso de opioides. Los síntomas de abstinencia de opiáceos entre las personas que reciben tratamiento con opiáceos recetados a largo plazo para el dolor pueden minimizarse reduciendo gradualmente el medicamento.

619

Entre aquellos con un trastorno por uso de opioides, la abstinencia de opioides y los intentos de aliviar la abstinencia son típicos. El curso de la abstinencia puede ser parte de un patrón creciente en el que se usa un opioide para reducir los síntomas de abstinencia, lo que a su vez conduce a episodios recurrentes de abstinencia en un momento posterior.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de abstinencia. La ansiedad y la inquietud asociadas con la abstinencia de opiáceos se asemejan a los síntomas observados en la abstinencia de sedantes-hipnóticos. Sin embargo, la abstinencia de opiáceos también se acompaña de rinorrea, lagrimeo y dilatación pupilar, que no se observan en la abstinencia de tipo sedante.

Intoxicaciones por otras sustancias. Las pupilas dilatadas también se observan en la intoxicación por alucinógenos y la intoxicación por estimulantes. Sin embargo, no se presentan otros signos o síntomas de abstinencia de opioides, como náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales, rinorrea y lagrimeo.

Trastornos mentales inducidos por opioides. La abstinencia de opiáceos se distingue de los trastornos mentales inducidos por opioides (p. ej., trastorno depresivo inducido por opioides, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) en estos últimos trastornos superan a los que normalmente se asocian con la abstinencia de opioides, predominan en el presentación clínica, y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la abstinencia de opioides con el trastorno por consumo de opioides, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de opioides para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Trastornos mentales inducidos por opioides

Los siguientes trastornos mentales inducidos por opioides se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno depresivo inducido por opioides ("Trastornos depresivos"); trastorno de ansiedad inducido por opioides ("Trastornos de ansiedad"); trastorno del sueño inducido por opioides ("Trastornos del sueño y la vigilia"); y disfunción sexual inducida por opioides ("Disfunciones sexuales"). Para el delirio por intoxicación por opioides, el delirio por abstinencia de opioides y el delirio inducido por opioides tomados según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por opioides se diagnostican en lugar de la intoxicación por opioides o la abstinencia de opioides solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con opioides

F11.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los opioides que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con los opioides o cualquier de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

620

Relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Trastornos

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios de diagnóstico

- A. Un patrón problemático de uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses:
 - 1. Los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a menudo se toman en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo previsto.
 - 2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

3. Se dedica mucho tiempo a las actividades necesarias para obtener el sedante, hipnótico o ansiolítico; use el sedante, hipnótico o ansiolítico; o recuperarse de sus efectos.
4. Ansia, o un fuerte deseo o urgencia de usar el sedante, hipnótico o ansiolítico.
5. Uso recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que resulte en un incumplimiento de las principales obligaciones del rol en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o desempeño laboral deficiente relacionado con el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; uso de sedantes, ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con hipnóticos o ansiolíticos; negligencia de los niños o del hogar).
6. Uso continuo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., discusiones con el cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación; peleas físicas).
7. Se abandonan o reducen actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido al uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
8. Uso recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil u operar una máquina cuando está afectado por el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).
9. Se continúa con el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el sedante, hipnótico o ansiolítico.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a.
Necesidad de cantidades notablemente mayores del sedante, hipnótico o ansiolítico para lograr la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado del mismo cantidad del sedante, hipnótico o ansiolítico.

621

Nota: Este criterio no se considera cumplido para personas que toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica.

11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (consulte los Criterios A y B del conjunto de criterios para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).
b. Se toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o una sustancia estrechamente relacionada, como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: Este criterio no se considera cumplido para personas que toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica.

Especificar

si: **En remisión temprana:** después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se ha cumplido durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción de que se puede cumplir el Criterio A4, "Deseo intenso, o un fuerte deseo o urgencia de usar el sedante, hipnótico o ansiolítico").

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción de que se puede cumplir el Criterio A4, "Deseo intenso, o un fuerte deseo o urgencia de usar el sedante, hipnótico o ansiolítico").

Especificar

si: **En un ambiente controlado:** Este especificador adicional se usa si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos está restringido.

Codifique según la gravedad/remisión actual: si se trata de una intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; u otro trastorno mental inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos también está presente, no use los códigos a continuación para el trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En cambio, el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos comórbido está indicado en el cuarto carácter del trastorno inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (ver la nota de codificación para intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). abstinencia de ansiolíticos o trastorno mental específico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos comórbido y un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, solo se proporciona el código de trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con el 4.º carácter que indica si el trastorno comórbido por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es leve, moderado o grave: F13.14 para trastorno leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o F13.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F13.10 Leve: presencia de 2 o 3 síntomas.

F13.11 Leve, en remisión temprana

F13.11 Leve, en remisión sostenida

F13.20 Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

F13.21 Moderado, en remisión temprana

F13.21 Moderado, en remisión sostenida

F13.20 Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

F13.21 Grave, en remisión temprana

F13.21 Grave, en remisión sostenida

Especificadores

"En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado).

Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

Características de diagnóstico

Las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas incluyen benzodiazepinas, fármacos similares a las benzodiazepinas (p. ej., zolpidem, zaleplón), carbamatos (p. ej., glutetimida, meprobamato), barbitúricos (p. ej., secobarbital) e hipnóticos similares a los barbitúricos (p. ej., glutetimida, metacualona, propofol). Esta clase de sustancias incluye la mayoría de los medicamentos recetados para dormir y la mayoría de los medicamentos recetados contra la ansiedad. Los ansiolíticos no benzodiazepínicos (p. ej., buspirona, gepirona) no se incluyen en esta clase porque no parecen estar asociados con un uso indebido significativo.

Al igual que el alcohol, estos agentes son depresores del cerebro y pueden producir trastornos similares inducidos por sustancias/medicamentos y por uso de sustancias. Las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas están disponibles tanto con receta como ilegalmente. Algunas personas que obtienen estas sustancias por prescripción desarrollarán un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, mientras que otras personas que abusan de estas sustancias o las usan para intoxicarse no desarrollan un trastorno por consumo. En particular, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos de inicio rápido o de duración de acción corta a intermedia se pueden tomar con fines de intoxicación, aunque las sustancias de esta clase de acción más prolongada también se pueden tomar para la intoxicación.

El deseo compulsivo (Criterio A4), ya sea durante períodos de consumo activo o durante períodos de abstinencia, es una característica típica del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. El uso indebido de sustancias de esta clase puede ocurrir junto con el uso de otras sustancias. Por ejemplo, las personas pueden usar dosis intoxicantes de sedantes o benzodiazepinas para "bajar" la cocaína o las anfetaminas o usar dosis altas de benzodiazepinas en combinación con metadona para "aumentar" sus efectos.

Las ausencias repetidas o el bajo rendimiento laboral, las ausencias escolares, las suspensiones o expulsiones y el descuido de los niños o del hogar (Criterio A5) pueden estar relacionados con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; también puede ocurrir el uso continuado de las sustancias a pesar de las discusiones con el cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación o a pesar de las peleas físicas (Criterio A6). Limitar el contacto con familiares o amigos, evitar el trabajo o la escuela, o dejar de participar en pasatiempos, deportes o juegos (Criterio A7) y el uso recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos al conducir un automóvil o manejar maquinaria cuando dicho uso se ve afectado por dicho uso (Criterio A8) también se observan en el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Se pueden desarrollar niveles muy significativos de tolerancia y abstinencia a sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas. Puede haber evidencia de tolerancia y abstinencia en ausencia de un diagnóstico de trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en un individuo que ha interrumpido abruptamente el uso de benzodiazepinas que se tomaron durante largos períodos de tiempo en las dosis prescritas y terapéuticas. En estos casos, se realiza un diagnóstico adicional de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos solo si se cumplen otros criterios. Es decir, se pueden recetar medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para fines médicos apropiados y, según el régimen de dosis, estos medicamentos pueden producir tolerancia y abstinencia. Si estos medicamentos se recetan o recomiendan para fines médicos apropiados, y si se usan según lo recetado, la tolerancia o abstinencia resultante no cuenta para el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias. Sin embargo, es necesario determinar si los medicamentos fueron prescritos y utilizados de manera inapropiada (p. ej., falsificación de síntomas médicos para obtener el medicamento; uso de más medicamento del prescrito; obtención del medicamento de varios médicos sin informarles).

Dada la naturaleza unidimensional de los síntomas de sedantes, hipnóticos o trastorno por consumo de ansiolíticos, la gravedad se basa en el número de criterios aprobados.

Funciones asociadas

La investigación con muestras representativas a nivel nacional de la población de EE. UU. ha encontrado que el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a menudo se asocia con otros trastornos por consumo de sustancias (por ejemplo, trastornos por consumo de alcohol, cannabis, opioides, estimulantes). Los sedantes se utilizan a menudo para aliviar los efectos no deseados de estas otras sustancias. Con el uso repetido del sedante, hipnótico o ansiolítico, se desarrolla tolerancia a los efectos sedantes y se usa una dosis progresivamente mayor. Sin embargo, la tolerancia a los efectos depresores del tronco encefálico se desarrolla mucho más lentamente y, a medida que el individuo ingiere más sustancias para lograr la euforia u otros efectos deseados, puede haber un inicio repentino de depresión respiratoria e hipotensión, que puede resultar en la muerte. La intoxicación intensa o repetida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede estar asociada con una depresión severa que, aunque sea temporal, puede conducir al intento de suicidio y al suicidio.

Predominio

Se calcula que la prevalencia de 12 meses del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos del DSM-IV en los Estados Unidos es del 0,3 % entre adolescentes de 12 a 17 años y adultos de 18 años o más, y esta prevalencia se ha mantenido estable a nivel nacional a pesar de aumentos en las tasas de prescripción de estos medicamentos. No se ha demostrado que las tasas del trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos del DSM-IV en los Estados Unidos varíen de manera consistente según el género, pero los datos de otros países generalmente han encontrado tasas más altas entre las niñas y las mujeres que entre los niños y los hombres. La prevalencia de 12 meses del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos del DSM-IV en los Estados Unidos disminuye en función de la edad y es mayor entre las personas de 18 a 29 años (0,5 %) y más baja entre las personas de 65 años o más (0,04%).

La prevalencia de 12 meses del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el uso indebido (p. ej., uso sin receta) o el trastorno varía entre los grupos etnoraciales de EE. UU. Por ejemplo, las estimaciones de prevalencia de 12 meses para el uso indebido de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en grupos etnoraciales oscilan entre 0,6 % y 2,5 % para adolescentes de 12 a 17 años y entre 0,7 % y 10,1 % para adultos.

Desarrollo y curso El curso habitual del

trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos involucra a personas en la adolescencia o veinteañeros que intensifican su uso ocasional de agentes sedantes, hipnóticos o ansiolíticos hasta el punto en que desarrollan problemas que cumplen los criterios para un diagnóstico. Este patrón puede ser especialmente probable entre las personas que tienen otros trastornos por consumo de sustancias (p. ej., alcohol, opioides, estimulantes). Un patrón inicial de uso intermitente socialmente (p. ej., en fiestas) puede conducir a un uso diario y altos niveles de tolerancia. Una vez que esto ocurre, se puede esperar un nivel creciente de dificultades interpersonales, así como episodios cada vez más graves de disfunción cognitiva y retraimiento fisiológico.

El segundo curso clínico observado con menos frecuencia comienza con un individuo que originalmente obtuvo el medicamento por prescripción médica, generalmente para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio o las molestias somáticas. A medida que se desarrolla la tolerancia o la necesidad de dosis más altas del medicamento, hay un aumento gradual en la dosis y la frecuencia de la autoadministración. Es probable que el individuo continúe justificando el uso sobre la base de los síntomas originales de ansiedad o insomnio, pero el comportamiento de búsqueda de sustancias se vuelve más prominente y el individuo puede buscar varios médicos para obtener suficientes suministros del medicamento. La tolerancia puede alcanzar niveles altos y puede ocurrir abstinencia (incluyendo convulsiones y delirio de abstinencia).

Al igual que con muchos trastornos por uso de sustancias, el trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos generalmente comienza durante la adolescencia o la edad adulta temprana. Aunque el riesgo de abuso y trastorno por uso disminuye con la edad después de los 30 años, los efectos secundarios asociados con las sustancias psicoactivas pueden aumentar a medida que las personas envejecen. En particular,

el deterioro cognitivo aumenta como efecto secundario con la edad, y el metabolismo de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos disminuye con la edad entre las personas mayores. Es probable que los efectos tóxicos agudos y crónicos de estas sustancias, especialmente los efectos sobre la cognición, la memoria y la coordinación motora, aumenten con la edad como consecuencia de los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos relacionados con la edad. Las personas con un trastorno neurocognitivo importante tienen más probabilidades de desarrollar intoxicación y deterioro del funcionamiento fisiológico con dosis más bajas. Debido a que los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos a menudo se usan en combinación con otras sustancias psicoactivas, puede ser difícil determinar si las consecuencias funcionales son atribuibles a una sola sustancia (p. ej., sedante) o al uso de múltiples sustancias.

624

La intoxicación deliberada para lograr un "subidón" es más probable que se observe en adolescentes y personas de 20 años. Los problemas asociados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos también se observan en personas de 40 años o más que aumentan la dosis de los medicamentos recetados. En personas mayores, la intoxicación puede parecerse a un trastorno neurocognitivo mayor progresivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La impulsividad y la búsqueda de novedades son temperamentos individuales que se relacionan con la propensión a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, pero que pueden estar determinados genéticamente. Los trastornos de personalidad también pueden aumentar el riesgo de abuso o trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Ambiental. Debido a que los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son todos medicamentos, un factor de riesgo clave se relaciona con la disponibilidad de las sustancias, tanto a través de las recetas propias de un individuo como de las recetas dispensadas a familiares y amigos. En los Estados Unidos, los patrones históricos de uso indebido de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se relacionan con amplios patrones de prescripción. Por ejemplo, una marcada disminución en la prescripción de barbitúricos se asoció con un aumento en las prescripciones de benzodiacepinas. Los factores de pares pueden relacionarse con la predisposición genética en términos de cómo los individuos seleccionan su entorno.

Otros individuos con mayor riesgo pueden incluir aquellos con trastorno por consumo de alcohol que pueden recibir recetas repetidas en respuesta a sus quejas de ansiedad o insomnio relacionados con el alcohol.

Genético y fisiológico. Al igual que con otros trastornos por uso de sustancias, se ha encontrado que el riesgo de trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en estudios de registros de gemelos en EE. UU. está relacionado con factores individuales, familiares, de pares, sociales y ambientales. Dentro de estos dominios, los factores genéticos juegan un papel particularmente importante tanto directa como indirectamente.

En general, a lo largo del desarrollo, los factores genéticos parecen desempeñar un papel más importante en la aparición del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a medida que las personas pasan de la pubertad a la vida adulta.

Modificadores de curso. En estudios representativos a nivel nacional en los EE. UU., el inicio temprano del uso se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Los patrones de prescripción (y la disponibilidad) de esta clase de sustancias varían entre países y poblaciones, lo que puede conducir a variaciones en la prevalencia del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En los Estados Unidos, el uso de benzodiazepinas ha sido informado con más frecuencia por los blancos no latinos que por los latinos o afroamericanos. Sin embargo, el riesgo del trastorno puede variar dentro de las poblaciones expuestas a estas sustancias. Para

Por ejemplo, la prevalencia de 12 meses del trastorno por consumo de benzodiazepinas DSM-IV entre las personas estadounidenses que usaron benzodiazepinas fue mayor entre los afroamericanos (3,0 %) y los "otros" no latinos (2,6 %) que entre los blancos no latinos (1,3 %). .

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Aunque las estimaciones de los estudios individuales varían, no parece haber diferencias de género en la prevalencia del trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

625

Marcadores de diagnóstico

Casi todas las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas se pueden identificar a través de evaluaciones de laboratorio de orina o sangre (esta última puede cuantificar las cantidades de estos agentes en el cuerpo). Es probable que los resultados de las pruebas de orina sigan siendo positivos hasta aproximadamente 1 semana después del uso de sustancias de acción prolongada, como diazepam o flurazepam.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Los estudios epidemiológicos estadounidenses muestran que los hipnóticos están asociados con el suicidio, pero no está claro si esta asociación es atribuible a condiciones psiquiátricas subyacentes como la depresión y el insomnio, que son en sí mismos factores de riesgo para el suicidio.

Consecuencias funcionales de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno por uso

Las consecuencias sociales e interpersonales del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son similares a las del alcohol en cuanto al potencial de conducta desinhibida.

Los accidentes, las dificultades interpersonales y la interferencia con el trabajo o el desempeño escolar son resultados comunes. Los efectos desinhibidores de estos agentes, como el alcohol, pueden contribuir potencialmente a un comportamiento demasiado agresivo y discusiones o peleas, con los subsiguientes problemas interpersonales y legales. Es probable que el examen físico revele evidencia de una leve disminución en la mayoría de los aspectos del funcionamiento del sistema nervioso autónomo, incluido un pulso más lento, una frecuencia respiratoria ligeramente disminuida y una ligera caída en la presión arterial (lo más probable es que ocurra con cambios posturales).

La intoxicación aguda puede provocar lesiones accidentales y accidentes automovilísticos. Puede haber consecuencias de trauma (p. ej., hemorragia interna, un hematoma subdural) por accidentes que ocurren en estado de ebriedad. Para las personas mayores, incluso el uso a corto plazo de estos medicamentos sedantes en las dosis prescritas puede estar asociado con un mayor riesgo de problemas cognitivos y caídas. La asociación de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con un mayor riesgo de trastorno neurocognitivo mayor sigue sin estar clara.

En dosis altas, las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas pueden ser letales, en particular cuando se mezclan con otros depresores del sistema nervioso central, como los opioides o el alcohol, aunque la dosis letal varía considerablemente entre las sustancias específicas. El uso intravenoso de estas sustancias puede provocar complicaciones médicas relacionadas con el uso de agujas contaminadas (p. ej., hepatitis, VIH).

Pueden ocurrir sobredosis accidentales o deliberadas, similares a las observadas para el trastorno por consumo de alcohol o la intoxicación repetida por alcohol. Las sobredosis pueden estar asociadas con un deterioro de los signos vitales que indica una emergencia médica inminente (p. ej., paro respiratorio por barbitúricos). En contraste con su amplio margen de seguridad cuando se usan solas, las benzodiazepinas tomadas en combinación con opioides y alcohol pueden ser particularmente peligrosas, y las sobredosis accidentales se informan comúnmente en los datos de EE. UU. También se han informado sobredosis accidentales en personas que abusaron deliberadamente

barbitúricos y otros sedantes no benzodiazepínicos (p. ej., metacualona), pero debido a que estos agentes están mucho menos disponibles que las benzodiazepinas, la frecuencia de sobredosis es baja en la mayoría de los entornos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

El trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se diferencia de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) en el que el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos describe un patrón problemático

626

del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que implique un control deficiente sobre dicho uso; deterioro social atribuible a este uso; uso arriesgado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., conducir en estado de ebriedad); y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia); mientras que la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y los trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un uso intensivo. Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y los trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ocurren con frecuencia en individuos con trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En tales casos, un diagnóstico de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; o un trastorno mental inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, además de un diagnóstico de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Otras condiciones médicas. El habla arrastrada, la falta de coordinación y otras características asociadas características de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos podrían ser el resultado de otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple) o de un traumatismo craneal previo (p. ej., un hematoma subdural).

Trastorno por consumo de alcohol. El trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos debe diferenciarse del trastorno por consumo de alcohol. El diagnóstico diferencial se determina principalmente a través de la historia clínica, aunque el daño hepático y otros posibles signos de toxicidad alcohólica crónica (p. ej., miocardiopatía) también pueden sugerir más un trastorno por consumo de alcohol que un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Uso clínicamente apropiado de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Las personas pueden continuar tomando medicamentos con benzodiacepinas de acuerdo con las instrucciones de un médico por una indicación médica legítima durante períodos prolongados. Incluso si se manifiestan signos fisiológicos de tolerancia o abstinencia, muchos de estos individuos no desarrollan síntomas que cumplan los criterios de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos porque no están preocupados por obtener la sustancia y su uso no interfiere con su desempeño, de los roles sociales u ocupacionales habituales.

Comorbilidad El

uso no médico de agentes sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se asocia con el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno por consumo de tabaco y, en general, el consumo de drogas ilícitas. También puede haber una superposición entre el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el trastorno de personalidad antisocial; trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad; y otros trastornos por consumo de sustancias, como el trastorno por consumo de alcohol y los trastornos por consumo de drogas ilícitas. La conducta antisocial y el trastorno de personalidad antisocial se asocian especialmente con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos cuando las sustancias se obtienen ilegalmente.

La comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos aumenta el riesgo de transición del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos al trastorno por uso y disminuye la probabilidad de remisión.

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios de diagnóstico

- A. Uso reciente de un sedante, hipnótico o ansiolítico.
- B. Cambios conductuales o psicológicos desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., conducta sexual o agresiva inapropiada, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- C. Uno (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después, uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - 1. Habla arrastrada.
 - 2. Falta de coordinación.
 - 3. Marcha inestable.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Deterioro de la cognición (p. ej., atención, memoria).
 - 6. Estupor o coma.
- D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Si un trastorno leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es comórbido, el código CIE-10-CM es **F13.120**, y si un trastorno moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es comórbido, el código CIE-10-CM es **F13.220**. Si no hay un trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, entonces el código ICD-10-CM es **F13.920**.

Nota: Para información sobre Desarrollo y Curso; Factores de Riesgo y Pronósticos; problemas de diagnóstico relacionados con la cultura; marcadores de diagnóstico; Consecuencias funcionales de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y Comorbilidad, véanse las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de cambios conductuales o psicológicos desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., conducta sexual o agresiva inapropiada, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio, deterioro del funcionamiento social o laboral) que se desarrollan durante o poco después, uso de un sedante, hipnótico o ansiolítico (Criterios A y B). Al igual que con otros depresores del cerebro, como el alcohol, estos comportamientos pueden ir acompañados de dificultad para hablar, incoordinación (a niveles que pueden interferir con la capacidad de conducción y con la realización de actividades habituales hasta el punto de provocar caídas o accidentes automovilísticos), marcha inestable,

nistagmo, alteración de la cognición (p. ej., problemas de atención o de memoria) y estupor o coma (Criterio C). El deterioro de la memoria es una característica destacada de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y se caracteriza con mayor frecuencia por una amnesia anterógrada que se asemeja a los "apagones alcohólicos", que pueden ser perturbadores para el individuo. Los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación puede ocurrir en individuos que reciben estas sustancias por prescripción médica, toman prestado el medicamento de amigos o parientes, o toman deliberadamente la sustancia para lograr la intoxicación. Debido a que los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos a menudo se usan en combinación con otras sustancias psicoactivas, puede ser difícil determinar si las consecuencias funcionales son atribuibles a un sedante, hipnótico o ansiolítico o al uso de múltiples sustancias.

Funciones asociadas

Las características asociadas incluyen tomar más medicamentos de los recetados, tomar múltiples medicamentos diferentes o mezclar agentes sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con alcohol, lo que puede aumentar notablemente los efectos de estos agentes.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en la población general. Sin embargo, es probable que la mayoría de los usuarios no médicos de sedantes, hipnóticos,

628

o los ansiolíticos tendrían en algún momento signos o síntomas que cumplen los criterios de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; si es así, entonces la prevalencia del uso no médico de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en la población general puede ser similar a la prevalencia de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Por ejemplo, en 2018, el 2,4 % de las personas de 12 años o más y el 4,9 % de las personas de 18 a 25 años usaron tranquilizantes o sedantes sin fines médicos en los Estados Unidos.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por consumo de alcohol. Debido a que las presentaciones clínicas pueden ser idénticas, distinguir la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos del trastorno por consumo de alcohol requiere evidencia de ingestión reciente de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos por autoinforme, informe de informante o pruebas toxicológicas. Muchas personas que abusan de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos también pueden abusar del alcohol y otras sustancias, por lo que son posibles múltiples diagnósticos de intoxicación.

Intoxicación alcohólica. La intoxicación por alcohol puede distinguirse de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos por el olor a alcohol en el aliento. De lo contrario, las características de los dos trastornos pueden ser similares.

Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se distingue de los trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en el trastorno de ansiedad inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos superan a los que suelen asociarse con intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; predominan en la presentación clínica; y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Trastornos neurocognitivos. En situaciones de deterioro cognitivo, lesión cerebral traumática y delirio por otras causas, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden ser intoxicantes en dosis muy bajas. El diagnóstico diferencial en estos entornos complejos

se basa en el síndrome predominante. Un diagnóstico adicional de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede ser apropiado incluso si la sustancia se ha ingerido en una dosis baja en el contexto de estas otras condiciones concurrentes (o similares).

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren .

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios de diagnóstico

- A. Suspensión (o reducción) del uso prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- B. Dos (o más) de los siguientes, que se desarrollan dentro de varias horas a unos pocos días después del cese (o reducción) del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos descrito en el Criterio A:
 1. Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o frecuencia del pulso superior a 100 lpm).
 2. Temblor de manos.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

629

- 3. Insomnio.
- 4. Náuseas o vómitos.
- 5. Alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas transitorias.
- 6. Agitación psicomotora.
- 7. Ansiedad.
- 8. Convulsiones de gran mal.

Especificación

si: **Con alteraciones de la percepción:** este especificador puede anotarse cuando ocurren alucinaciones con prueba de realidad intacta o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de un delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y de si existen o no alteraciones de la percepción.

Para abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es comórbido, el código ICD-10-CM es **F13.130**, y si un sedante, hipnótico o ansiolítico moderado o grave el trastorno por consumo de ansiolíticos es comórbido, el código ICD-10-CM es **F13.230**. Si no hay comorbilidad

trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., en un paciente que toma sedantes, hipnóticos o ansiolíticos únicamente bajo la supervisión médica adecuada), entonces el código ICD-10-CM es **F13.930**.

Para abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es comórbido, el código ICD-10-CM es **F13.132**, y si un sedante, hipnótico o ansiolítico moderado o grave el trastorno por consumo de ansiolíticos es comórbido, el código ICD-10-CM es **F13.232**. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., en un paciente que toma sedantes, hipnóticos o ansiolíticos únicamente bajo supervisión médica adecuada), el código CIE 10-CM es **F13.932**.

Nota: Para información sobre Desarrollo y Curso; Factores de Riesgo y Pronósticos; problemas de diagnóstico relacionados con la cultura; Consecuencias funcionales de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y Comorbilidad, véanse las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de un síndrome característico que se desarrolla después de una marcada disminución o cese de la ingesta después de varias semanas o más de uso regular (Criterios A y B). Este síndrome de abstinencia se caracteriza por dos o más síntomas (similares a la abstinencia del alcohol) que incluyen hiperactividad autonómica (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial o temperatura corporal, junto con sudoración); un temblor de las manos; insomnio; náuseas, a veces acompañadas de vómitos; ansiedad; y agitación psicomotora. Una convulsión de gran mal puede ocurrir en quizás hasta un 20% a 30% de las personas que experimentan abstinencia no tratada de estas sustancias. En la abstinencia severa, pueden ocurrir alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas, pero por lo general se dan en el contexto de un delirio de abstinencia. Si la prueba de realidad del individuo está intacta (es decir, sabe que la sustancia está causando las alucinaciones) y las ilusiones ocurren en un sensorio claro, el especificador "con alteraciones perceptivas"

630

se puede notar Cuando las alucinaciones ocurren en ausencia de una prueba de realidad intacta, se debe considerar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben atribuirse a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., abstinencia de alcohol, trastorno de ansiedad generalizada)

(Criterio D). El alivio de los síntomas de abstinencia con la administración de cualquier agente hipnótico sedante respaldaría un diagnóstico de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Funciones asociadas

El momento y la gravedad del síndrome de abstinencia diferirán según la sustancia específica y su farmacocinética y farmacodinámica. Por ejemplo, la abstinencia de sustancias de acción más corta que se absorben rápidamente y que no tienen metabolitos activos (p. ej., triazolam) puede comenzar horas después de suspender la sustancia; la abstinencia de sustancias con metabolitos de acción prolongada (p. ej., diazepam) puede no comenzar hasta después de 1 a 2 días o más. El síndrome de abstinencia producido por sustancias de esta clase puede caracterizarse por el desarrollo de un delirio que puede poner en peligro la vida. Puede haber evidencia de tolerancia y retraimiento en ausencia

de un diagnóstico de un trastorno por consumo de benzodiazepinas en un individuo que ha interrumpido abruptamente las benzodiazepinas que se tomaron durante largos períodos de tiempo en las dosis prescritas y terapéuticas.

El curso temporal del síndrome de abstinencia generalmente se predice por la vida media de la sustancia. Los medicamentos cuya acción suele durar alrededor de 10 horas o menos (p. ej., lorazepam, oxazepam, temazepam) producen síntomas de abstinencia dentro de las 6 a 8 horas posteriores a la disminución de los niveles sanguíneos que alcanzan un máximo de intensidad el segundo día y mejoran notablemente el cuarto o quinto día. Para sustancias con vidas medias más prolongadas (p. ej., diazepam), es posible que los síntomas no se desarrollen durante más de una semana, alcancen su punto máximo de intensidad durante la segunda semana y disminuyan notablemente durante la tercera o cuarta semana. Puede haber síntomas adicionales a largo plazo a un nivel de intensidad mucho más bajo que persisten durante varios meses.

Cuanto más tiempo se haya tomado la sustancia y más altas sean las dosis utilizadas, es más probable que haya una abstinencia severa. Sin embargo, se ha informado abstinencia con tan solo 15 mg de diazepam (o su equivalente en otras benzodiazepinas) cuando se toma diariamente durante varios meses. Las dosis diarias de aproximadamente 40 mg de diazepam (o su equivalente) tienen más probabilidades de producir síntomas de abstinencia clínicamente relevantes, e incluso las dosis más altas (p. ej., 100 mg de diazepam) tienen más probabilidades de ser seguidas de convulsiones por abstinencia o delirio. El delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracteriza por alteraciones de la conciencia y la cognición, con alucinaciones visuales, táctiles o auditivas. Cuando está presente, se debe diagnosticar delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en lugar de abstinencia.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Marcadores de diagnóstico

Las convulsiones y la inestabilidad autonómica en el contexto de una historia de exposición prolongada a medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sugieren una alta probabilidad de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. Los síntomas de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden ser imitados por otras condiciones médicas (p. ej., hipoglucemia, cetoacidosis diabética). Si las convulsiones son una característica de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el

631

el diagnóstico diferencial incluye las diversas causas de convulsiones (p. ej., infecciones, lesiones en la cabeza, envenenamiento).

Temblor esencial. El temblor esencial, una afección neurológica que con frecuencia es hereditaria, puede sugerir erróneamente el temblor asociado con la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Abstinencia de alcohol. La abstinencia de alcohol produce un síndrome muy similar al de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. El diagnóstico diferencial se determina principalmente a través de la historia clínica, aunque el daño hepático y otros signos potenciales de toxicidad crónica por alcohol (p. ej., miocardiopatía) también pueden sugerir más abstinencia de alcohol que abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. hipnótico, o abstinencia de sedantes, ansiolíticos se distingue de los trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos,

con inicio durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos son superiores a los que normalmente se asocian con la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; predominan en la presentación clínica; y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Desórdenes de ansiedad. La recurrencia o el empeoramiento de un trastorno de ansiedad subyacente produce un síndrome similar a la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, aunque las manifestaciones más extremas de abstinencia, como el delirium tremens o las verdaderas convulsiones, no son síntomas de ningún trastorno de ansiedad. La abstinencia se sospecharía con una reducción abrupta de la dosis de un medicamento sedante, hipnótico o ansiolítico. Cuando se está realizando una reducción gradual, puede ser difícil distinguir el síndrome de abstinencia del trastorno de ansiedad subyacente. Al igual que con el alcohol, los síntomas persistentes de abstinencia (p. ej., ansiedad, cambios de humor, dificultad para dormir) pueden confundirse con ansiedad independiente o trastornos depresivos (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada).

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren .

Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos

Los siguientes trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (ver los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): sedantes, hipnóticos, o trastorno psicótico inducido por ansiolíticos ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"); trastorno bipolar y relacionado inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("Trastornos bipolares y relacionados"); trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("Trastornos depresivos"); trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("Trastornos de ansiedad"); trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("Trastornos del sueño y la vigilia"); disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("Disfunciones sexuales"); y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("Trastornos neurocognitivos"). Para el delirio de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; delirio de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos tomados según prescripción médica, consulte la

632

criterios y discusión del delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se diagnostican en lugar de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Sedante, hipnótico o ansiolítico no especificado

Trastorno relacionado

F13.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con todos los criterios para ningún trastorno. trastorno específico relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o cualquiera de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

Trastornos relacionados con estimulantes

Trastorno por uso de estimulantes

Intoxicación por estimulantes

Retiro de estimulantes

Trastornos mentales inducidos por estimulantes

Trastorno no especificado relacionado con estimulantes

Trastorno por uso de estimulantes

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón de consumo de sustancias de tipo anfetamínico, cocaína u otro estimulante que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses:

1. El estimulante a menudo se toma en grandes cantidades o durante más tiempo período del que se pretendía.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de estimulantes.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener el estimulante, utilizar el estimulante o recuperarse de sus efectos.
4. Antojo, o un fuerte deseo o urgencia de usar el estimulante.
5. Uso recurrente de estimulantes que resulta en un incumplimiento del rol principal obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Uso continuo de estimulantes a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del estimulante.
7. Se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas. o reducido debido al uso de estimulantes.

633

8. Uso recurrente de estimulantes en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Se continúa con el uso de estimulantes a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el estimulante.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:

una. Una necesidad de cantidades notablemente mayores del estimulante para lograr la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado del mismo cantidad del estimulante.

Nota: Este criterio no se considera cumplido para aquellos que toman medicamentos estimulantes únicamente bajo supervisión médica adecuada, como medicamentos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o narcolepsia.

11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico del estimulante (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia de estimulantes). b. El estimulante (o una sustancia estrechamente relacionada) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: Este criterio no se considera cumplido para aquellos que toman medicamentos estimulantes únicamente bajo supervisión médica adecuada, como medicamentos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o narcolepsia.

Especificificar

si: **En remisión temprana:** después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes se ha cumplido durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, "Ansia de consumo de estimulantes"). , o un fuerte deseo o urgencia de usar el estimulante", puede satisfacerse).

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, "Deseo o un fuerte deseo o urgencia de usar el estimulante", puede cumplirse).

Especificificar

si: **En un ambiente controlado:** Este especificador adicional se usa si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso a estimulantes está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por sustancias de tipo anfetamina, abstinencia de sustancias de tipo anfetamina o un trastorno mental inducido por sustancias de tipo anfetamina, no utilice los códigos a continuación para el trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamina.

En cambio, el trastorno por uso de sustancias de tipo anfetamina comórbido se indica en el 4° carácter del código de trastorno inducido por sustancias de tipo anfetamina (consulte la nota de codificación para intoxicación por sustancias de tipo anfetamina, abstinencia de sustancias de tipo anfetamina o un trastorno específico de tipo anfetamina). trastorno mental inducido por sustancias). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por anfetaminas comórbido y un trastorno por consumo de anfetaminas, solo se proporciona el código de trastorno depresivo inducido por anfetaminas, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de anfetaminas comórbido es leve, moderado o grave: F15.14 para un trastorno leve por consumo de anfetaminas con trastorno depresivo inducido por anfetaminas o F15.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de anfetaminas con trastorno depresivo inducido por anfetaminas. (Las instrucciones para las sustancias de tipo anfetamínico también se aplican a la intoxicación por otros estimulantes o los no especificados, la abstinencia de otros estimulantes o los no especificados y otro trastorno mental inducido por estimulantes o los no especificados).

solo se da el código de trastorno depresivo inducido por cocaína, con el cuarto carácter que indica si el trastorno comórbido por consumo de cocaína es leve, moderado,

634

o grave: F14.14 para un trastorno por consumo de cocaína leve con trastorno depresivo inducido por cocaína o F14.24 para un trastorno por consumo de cocaína moderado o grave con trastorno depresivo inducido por cocaína.

Especifique la gravedad/remisión actual:

Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

F15.10 Sustancia de tipo anfetamínico

F14.10 Cocaína

F15.10 Otro estimulante o el no especificado

Leve, en remisión temprana **F15.11** Sustancia

de tipo anfetamínico

F14.11 Cocaína

F15.11 Otro estimulante o el no especificado

Leve, en remisión sostenida

F15.11 Sustancia de tipo anfetamínico

F14.11 Cocaína

F15.11 Otro estimulante o no especificado

Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

F15.20 Sustancia de tipo anfetamínico

F14.20 Cocaína

F15.20 Otro estimulante o el no especificado

Moderado, en remisión temprana **F15.21**

Sustancia de tipo anfetamínico

F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

Moderada, en remisión sostenida

F15.21 Sustancia de tipo anfetamínico

F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

F15.20 Sustancia de tipo anfetamínico

F14.20 Cocaína

F15.20 Otro estimulante o el no especificado

Grave, en remisión temprana **F15.21**

Sustancia de tipo anfetamínico

F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

Grave, en remisión sostenida

F15.21 Sustancia de tipo anfetamínico

F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado**Especificadores**

"En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado).

Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

635

Características de diagnóstico

Los estimulantes son un tipo de sustancia psicoactiva que aumenta la actividad en el cerebro y puede elevar temporalmente el estado de alerta, el estado de ánimo y la conciencia. Los estimulantes cubiertos en este capítulo incluyen anfetaminas y estimulantes recetados con efectos similares (p. ej., metilfenidato) y cocaína. Los trastornos relacionados con sustancias que involucran ciertas otras sustancias con propiedades estimulantes se clasifican en otras secciones de este capítulo.

Estos incluyen cafeína (en trastornos relacionados con la cafeína), nicotina (en trastornos relacionados con el tabaco) y MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina; en otros trastornos relacionados con alucinógenos), que tiene efectos tanto estimulantes como alucinógenos.

Dado que los efectos de las sustancias de tipo anfetamínico son similares a los de la cocaína, los trastornos relacionados con las anfetaminas y los trastornos relacionados con la cocaína se agrupan bajo la rúbrica única "trastornos relacionados con estimulantes". Las sustancias de tipo anfetamínico (y otros estimulantes o no especificados) y la cocaína tienen diferentes códigos ICD-10-CM (p. ej., F15.10 trastorno leve por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, F14.10 trastorno leve por consumo de cocaína). El estimulante particular utilizado por el individuo se registra en el diagnóstico (p. ej., "abstinencia de metanfetamina", "trastorno por consumo de metilfenidato", "intoxicación por cocaína").

Las sustancias de tipo anfetamínico incluyen estimulantes con una estructura de feniletilamina sustituida, como la anfetamina, la dextroanfetamina y la metanfetamina. También se incluyen sustancias que son estructuralmente diferentes pero tienen efectos similares, como metilfenidato, modafinilo y armodafinilo. Estas sustancias de tipo anfetamínico se suelen tomar por vía oral o intravenosa, aunque la metanfetamina también se toma por vía nasal. Además de los compuestos sintéticos de tipo anfetamínico, existen estimulantes naturales derivados de plantas como el *khāt*, así como análogos químicos sintéticos **del khāt**, llamados *catinonas*.

Las anfetaminas y otros estimulantes se pueden obtener con receta médica para el tratamiento de la obesidad, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y la narcolepsia.

En consecuencia, los estimulantes prescritos pueden desviarse hacia el mercado ilegal.

La cocaína, una sustancia natural producida por la planta de coca, se consume en varias preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína y alcaloides de la cocaína como la base libre y el crack) que difieren en potencia debido a los distintos niveles de pureza y velocidad de inicio. Sin embargo, en todas las formas, la cocaína es el ingrediente activo. El polvo de clorhidrato de cocaína generalmente se "inhala" a través de las fosas nasales o se disuelve en agua y se inyecta por vía intravenosa. El crack y otros alcaloides de la cocaína se vaporizan e inhalan fácilmente y, por lo tanto, sus efectos tienen un inicio extremadamente rápido.

Las personas expuestas a sustancias de tipo anfetamínico o cocaína pueden desarrollar un trastorno por consumo de estimulantes en tan solo una semana, aunque el inicio no siempre es tan rápido.

Independientemente de la vía de administración, la tolerancia ocurre con el uso repetido.

Los síntomas de abstinencia, en particular la hipersomnia, el aumento del apetito y la disforia, pueden ocurrir y pueden aumentar el ansia. La mayoría de las personas con trastorno por uso de estimulantes han experimentado tolerancia o abstinencia.

Los patrones de uso y el curso son similares para los trastornos que involucran sustancias de tipo anfetamínico y cocaína, ya que ambos son potentes estimulantes del sistema nervioso central con efectos psicoactivos y simpaticomiméticos similares. Las sustancias de tipo anfetamínico tienen una acción más prolongada que la cocaína y, por lo tanto, se consumen menos veces al día. El uso puede ser crónico o episódico, con atracones puntuados por breves períodos de no uso. El comportamiento agresivo o violento es común cuando se fuman, ingieren o administran por vía intravenosa altas dosis. Con el uso de dosis altas, se observa una ansiedad temporal intensa que se asemeja al trastorno de pánico o al trastorno de ansiedad generalizada, así como la ideación paranoide y los episodios psicóticos que se asemejan a la esquizofrenia.

Los estados de abstinencia se asocian con síntomas depresivos temporales pero intensos que pueden parecerse a un episodio depresivo mayor; los síntomas depresivos generalmente se resuelven

636

dentro de 1 semana. Se desarrolla tolerancia a las sustancias de tipo anfetamínico y conduce a un aumento de la dosis. Por el contrario, algunos usuarios de sustancias de tipo anfetamínico desarrollan sensibilización, caracterizada por efectos potenciados.

Funciones asociadas

Cuando se inyectan o fuman, los estimulantes suelen producir una sensación instantánea de bienestar, confianza y euforia. Los cambios drásticos de comportamiento pueden desarrollarse rápidamente con el trastorno por consumo de estimulantes. El comportamiento caótico, el aislamiento social, el comportamiento agresivo y la disfunción sexual pueden resultar del trastorno por uso prolongado de estimulantes.

Los individuos con intoxicación aguda pueden presentar habla incoherente, dolor de cabeza, ideas transitorias de referencia y tinnitus. Puede haber ideación paranoide, alucinaciones auditivas en un sensorio claro y alucinaciones táctiles, que el individuo suele reconocer como efectos de drogas. Pueden ocurrir amenazas o conductas agresivas. La depresión, los pensamientos suicidas, la irritabilidad, la anhedonia, la labilidad emocional o los trastornos en la atención y la concentración ocurren comúnmente durante la abstinencia.

Los trastornos mentales asociados con el uso de cocaína generalmente se resuelven horas o días después de suspender el uso, pero pueden persistir durante 1 mes. Los cambios fisiológicos durante la abstinencia de estimulantes son opuestos a los de la fase de intoxicación, incluyendo a veces bradicardia. Los síntomas depresivos temporales pueden cumplir con los criterios sintomáticos y de duración para un episodio depresivo mayor. Las historias consistentes con ataques de pánico repetidos, comportamiento similar al trastorno de ansiedad social y síndromes similares a la ansiedad generalizada son comunes, al igual que los trastornos alimentarios. Un caso extremo de toxicidad por estimulantes es el trastorno psicótico inducido por estimulantes, un trastorno que se parece a la esquizofrenia, con delirios y alucinaciones.

Las personas con trastorno por uso de estimulantes a menudo desarrollan respuestas condicionadas a los estímulos relacionados con las drogas (p. ej., ansias de ver cualquier sustancia blanca en forma de polvo). Estas respuestas contribuyen a la recaída, son difíciles de extinguir y persisten después de la desintoxicación.

Pueden ocurrir síntomas depresivos con pensamientos o conductas suicidas y son generalmente los problemas más serios observados durante la abstinencia de estimulantes.

Predominio

Trastorno por consumo de estimulantes: sustancias de tipo anfetamínico La prevalencia estimada de 12 meses del trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico en los Estados Unidos es del 0,4 % entre las personas de 12 años o más. La prevalencia a los 12 meses es del 0,1 % entre los individuos de 12 a 17 años, del 0,5 % entre los de 18 a 25 años y del 0,4 % entre los de 26 años o más. Las tasas son del 0,5 % para los hombres y del 0,2 % para las mujeres, en general. Las tasas son aproximadamente del 0,4 % entre los hispanos y los blancos no hispanos y del 0,1 % entre los afroamericanos y asiáticos americanos. Estimaciones de prevalencia para indios americanos/nativos de Alaska y

Las poblaciones de nativos hawaianos/isleños del Pacífico son difíciles de determinar, dado el pequeño tamaño de las muestras, pero existe cierta evidencia de tasas más altas en los indios americanos/nativos de Alaska.

Entre los adultos estadounidenses, el 6,6 % (promedio anual) usó estimulantes recetados en general; 4,5% usaba sin mal uso, 1,9% mal usaba sin trastornos por uso y 0,2% tenía trastornos por uso. Mientras que los blancos no hispanos son más propensos a usar estimulantes recetados sin fines médicos, los hispanos tienden a usarlos con más frecuencia y tienen tasas más altas de trastorno por uso de estimulantes recetados.

Trastorno por consumo de estimulantes: cocaína La prevalencia estimada de 12 meses del trastorno por consumo de cocaína en los Estados Unidos es del 0,4 % entre las personas de 12 años o más. Las tasas son del 0,1 % entre las personas de 12 a 17 años, del 0,7 % entre las personas de 18 a 25 años y del 0,3 % entre las personas de 26 años o más. Las tasas son del 0,5 % para los hombres y del 0,2 % para las mujeres, en general. Las tasas son del 0,4 % entre los afroamericanos y los blancos no hispanos, del 0,3 % entre los hispanos y <0,1 % entre los asiáticos americanos.

637

Desarrollo y curso En los Estados Unidos, el trastorno por uso de estimulantes ocurre en todos los niveles de la sociedad y es más común entre personas de 18 a 25 años en comparación con personas de 12 a 17 o 26 años o más. En promedio, el primer uso regular entre personas en tratamiento ocurre aproximadamente a la edad de 23 años. Para las admisiones de tratamiento primario de metanfetamina, la edad promedio es de 34 años, y para las admisiones de tratamiento primario de cocaína, la edad promedio es de 44 años para la cocaína fumada y 37 años para otras vías.

Algunas personas comienzan a usar estimulantes para controlar el peso o mejorar el rendimiento en la escuela, el trabajo o el atletismo. El uso inicial puede incluir la obtención de medicamentos como metilfenidato o sales de anfetamina recetados a otras personas para el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Entre las admisiones al tratamiento primario por uso de sustancias de tipo anfetamínico en los Estados Unidos, el 61 % informó fumar, el 26 % informó inyectarse y el 9 % informó inhalar, lo que sugiere que el trastorno por uso de estimulantes puede desarrollarse a partir de múltiples modos de administración.

Los patrones de administración de estimulantes incluyen el uso episódico o diario (o casi diario). El uso episódico (p. ej., uso intenso durante un fin de semana o uno o más días de la semana) tiende a estar separado por 2 o más días sin uso. Los "atracones" implican el uso continuo de dosis altas durante horas o días y, a menudo, se asocian con dependencia física. Los atracones generalmente terminan solo cuando se agotan los suministros de estimulantes o se produce el agotamiento. El uso diario crónico puede implicar dosis altas o bajas, a menudo con un aumento de la dosis con el tiempo.

El tabaquismo estimulante y el uso intravenoso se asocian con una progresión rápida a un trastorno por uso de estimulantes de nivel grave, que a menudo ocurre durante semanas o meses. El uso intranasal de cocaína y el uso oral de sustancias de tipo anfetamínico dan como resultado una progresión más gradual que ocurre durante meses o años. Con el uso continuo, hay una disminución de los efectos placenteros debido a la tolerancia y un aumento de los efectos disfóricos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El trastorno bipolar comórbido, la esquizofrenia, el trastorno antisocial de la personalidad y otros trastornos por consumo de sustancias son factores de riesgo para desarrollar un trastorno por consumo de estimulantes y una recaída en el consumo de cocaína en las muestras de tratamiento. Una mayor reactividad al estrés se ha correlacionado con la frecuencia del consumo de cocaína en algunas muestras de tratamiento de EE. UU. El trastorno de conducta en la infancia y el trastorno de personalidad antisocial están asociados con el desarrollo de trastornos relacionados con estimulantes. En los Estados Unidos, el uso previo de otra sustancia, ser hombre, tener un trastorno de personalidad del Grupo B, antecedentes familiares de trastorno por uso de sustancias y estar separado, divorciado o viudo, todos dan como resultado

mayor riesgo de consumo de cocaína. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también corren un mayor riesgo de consumir metanfetamina.

Ambiental. Los predictores del consumo de cocaína entre una cohorte de adolescentes estadounidenses incluyen la exposición prenatal a la cocaína, el consumo posnatal de cocaína por parte de los padres y la exposición a la violencia comunitaria durante la infancia. La investigación en los países industrializados sugiere que la exposición a la violencia de pareja íntima o el maltrato infantil a menudo coexiste con el uso de estimulantes, especialmente en las mujeres. En una cohorte de mujeres estadounidenses seguidas longitudinalmente, el estatus socioeconómico, incluida la inseguridad alimentaria, tuvo un efecto dependiente de la dosis sobre el riesgo de uso de estimulantes. Para los jóvenes, especialmente las niñas, los factores de riesgo incluyen vivir en un entorno familiar inestable, tener una afección psiquiátrica, comportamiento delictivo y asociarse con traficantes y usuarios.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La prevalencia del consumo de cocaína en los Estados Unidos aumentó entre 2001–2002 y 2012–2013 entre los blancos no latinos, los afroamericanos y los latinos, pero la prevalencia del trastorno por consumo de cocaína aumentó solo entre los blancos. A pesar de las pequeñas variaciones, los criterios diagnósticos del trastorno por uso de cocaína y otros estimulantes funcionan de la misma manera en todos los géneros y edades.

638

grupos etnoraciales. En datos limitados sobre estimaciones de prevalencia, parece que las poblaciones de indios americanos/nativos de Alaska tienen un mayor riesgo de trastorno por consumo de metanfetamina y, en menor grado, de trastorno por consumo de cocaína, que los blancos no hispanos, mientras que los nativos de Hawái/islas del Pacífico parecen tener riesgos similares a los blancos no hispanos.

Aproximadamente el 64 % de las personas admitidas en programas de tratamiento de abuso de sustancias financiados con fondos públicos por trastornos primarios relacionados con la metanfetamina/anfetamina son blancos no hispanos, seguidos por un 20 % de origen hispano, un 3 % asiático e isleño del Pacífico y un 6 % negro no hispano. Entre las personas admitidas para recibir tratamiento primario relacionado con la cocaína fumada, el 51 % eran negros no hispanos, el 35 % blancos no hispanos, el 8 % hispanos y el 1 % asiáticos o isleños del Pacífico. Para las admisiones relacionadas con otras vías de administración de cocaína, el 47 % eran blancos no hispanos, el 31 % eran negros no hispanos, el 17 % eran de origen hispano y el 1 % eran asiáticos o isleños del Pacífico. Las tasas de trastornos en las muestras clínicas deben interpretarse con precaución porque pueden verse afectadas por el acceso y la utilización diferenciales de los servicios, las vías de atención, la criminalización, el estigma y el sesgo racial en el diagnóstico y la derivación para tratamiento.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género

En los Estados Unidos, las mujeres con trastorno por consumo de cocaína tienen con mayor frecuencia trastornos psiquiátricos comórbidos, como depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), en comparación con los hombres. Las hormonas gonadales afectan las respuestas de un hombre a la cocaína. Las mujeres con trastorno por consumo de cocaína y niveles más altos de progesterona tienen menor ansia de cocaína inducida por estrés e inducida por señales y menores cambios inducidos por señales en la presión arterial que las mujeres con trastorno por consumo de cocaína y niveles más bajos de progesterona. Esto puede explicar por qué el consumo de cocaína en mujeres embarazadas es menor que en mujeres no embarazadas.

Marcadores de diagnóstico

La benzoilecgonina, un metabolito de la cocaína, generalmente permanece en la orina durante 1 a 3 días después de una dosis única y puede estar presente durante 7 a 12 días en personas que usan dosis altas repetidas. Las pruebas de función hepática ligeramente elevadas pueden estar presentes en los consumidores de cocaína que se inyectan o en los que consumen alcohol concomitantemente. No existen marcadores neurobiológicos de diagnóstico.

utilidad. La interrupción del uso crónico de cocaína puede estar asociada con cambios electroencefalográficos, lo que sugiere anomalías persistentes; alteraciones en los patrones de secreción de prolactina; y regulación a la baja de los receptores de dopamina.

Las sustancias de tipo anfetamínico de vida media corta (p. ej., metanfetamina) se pueden detectar durante 1 a 3 días, y posiblemente hasta 4 días, según la dosis y el metabolismo.

Las muestras de cabello se pueden usar para detectar la presencia de sustancias de tipo anfetamínico hasta por 90 días. Otros hallazgos de laboratorio, así como hallazgos físicos y otras condiciones médicas (p. ej., pérdida de peso, desnutrición, falta de higiene), son similares tanto para el trastorno por consumo de cocaína como para el de tipo anfetamínico.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Hay pocos datos disponibles sobre la asociación de los trastornos por consumo de estimulantes y el suicidio porque la mayoría de los estudios que examinan los pensamientos y comportamientos suicidas examinan el uso de estimulantes en lugar de los trastornos por consumo de estimulantes. Una revisión sistemática encontró que el uso regular o problemático de anfetaminas (examinar principalmente a personas que se inyectan anfetaminas y/o personas ingresadas en tratamiento por uso de anfetaminas) está asociado con una mayor mortalidad por suicidio. Un estudio de la población general de adultos en los Estados Unidos encontró una asociación entre el trastorno por consumo de estimulantes recetados y los pensamientos suicidas. En un estudio de personas admitidas en tratamiento por consumo de sustancias, las personas con trastorno por consumo de cocaína tenían muchas más probabilidades de informar pensamientos suicidas que aquellas con otros trastornos por consumo de sustancias. En un estudio de hombres y mujeres en el sistema de atención médica de la Administración de Veteranos de EE. UU.,

639

Los trastornos por consumo de cocaína y anfetamina se asociaron con tasas más altas de muertes por suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno por uso de estimulantes

Pueden ocurrir varias condiciones médicas dependiendo de la vía de administración.

Los usuarios intranasales a menudo desarrollan sinusitis, irritación, sangrado de la mucosa nasal y tabique nasal perforado. Las personas que fuman estimulantes tienen un mayor riesgo de problemas respiratorios (p. ej., tos, bronquitis y neumonitis). Los inyectores tienen marcas de pinchazos y "huellas", más comúnmente en sus antebrazos. El riesgo de infección por VIH y hepatitis C aumenta con las inyecciones intravenosas frecuentes y la actividad sexual sin protección. También se observan otras enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B y tuberculosis y otras infecciones pulmonares. La pérdida de peso y la desnutrición son comunes.

El dolor de pecho puede ser un síntoma común durante la intoxicación por estimulantes. El infarto de miocardio, las palpitaciones y las arritmias, la muerte súbita por paro cardíaco o respiratorio y los accidentes cerebrovasculares se han asociado con el uso de estimulantes entre personas jóvenes y por lo demás sanas. El neumotórax puede ser el resultado de realizar maniobras similares a las de Valsalva para absorber mejor el humo inhalado. El consumo de cocaína se asocia con irregularidades en el flujo sanguíneo placentario, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto y parto prematuros y una mayor prevalencia de bebés con muy bajo peso al nacer.

Las personas con trastorno por uso de estimulantes pueden involucrarse en robos, prostitución o tráfico de drogas para adquirir drogas o dinero para drogas. Las lesiones traumáticas debidas a un comportamiento violento son comunes entre las personas que trafican con drogas.

El deterioro neurocognitivo es común entre los consumidores de metanfetamina y cocaína, incluidos los déficits relacionados con la atención, la impulsividad, el aprendizaje/memoria verbal, la memoria de trabajo y el funcionamiento ejecutivo. También se han informado psicosis y convulsiones transitorias con el uso crónico de cocaína o metanfetamina, posiblemente relacionadas con patrones de uso o la exacerbación de vulnerabilidades preexistentes. El uso de anfetaminas puede causar efectos tóxicos relacionados con la temperatura corporal elevada, y hay algunos

evidencia de que el uso crónico causa neuroinflamación y neurotoxicidad en las neuronas dopaminérgicas. Los problemas de salud oral incluyen "boca de metanfetamina" con enfermedad de las encías, caries y llagas en la boca relacionadas con los efectos tóxicos de fumar la droga y el bruxismo en estado de ebriedad. Los efectos pulmonares adversos parecen ser menos comunes para las sustancias de tipo anfetamínico porque se fuman menos veces al día, aunque el uso de metanfetamina todavía se asocia con un riesgo de hipertensión arterial pulmonar.

Las visitas al departamento de emergencias son comunes para síntomas de trastornos mentales relacionados con estimulantes, lesiones, infecciones de la piel y patología dental. En los Estados Unidos, el diagnóstico de un trastorno por uso de estimulantes se asocia con un aumento del 20 % en las tasas de reingreso a los 30 días en la evaluación del seguimiento después de la hospitalización por "cualquier causa" (una medida estándar de la calidad general de la atención hospitalaria).

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por fenciclidina. La intoxicación con fenciclidina (PCP o "polvo de ángel") o "drogas de diseño" sintéticas como la mefedrona (conocidas con diferentes nombres, incluyendo "sales de baño") puede causar un cuadro clínico similar y solo puede distinguirse de la intoxicación por estimulantes por la presencia de metabolitos de sustancias de tipo cocaína o anfetamina en una muestra de orina o plasma.

Intoxicación por estimulantes, abstinencia de estimulantes y trastornos mentales inducidos por estimulantes. El trastorno por consumo de estimulantes se diferencia de la intoxicación por estimulantes, la abstinencia de estimulantes y los trastornos mentales inducidos por estimulantes (p. ej., trastorno depresivo inducido por estimulantes) en que el trastorno por consumo de estimulantes describe un patrón problemático de consumo de estimulantes que implica un control deficiente sobre el consumo de estimulantes, deterioro social atribuible al uso de estimulantes, uso arriesgado de estimulantes (p. ej., uso continuado de estimulantes a pesar de complicaciones médicas) y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia), mientras que los estimulantes

640

la intoxicación, la abstinencia de estimulantes y los trastornos mentales inducidos por estimulantes describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un uso intensivo. La intoxicación por estimulantes, la abstinencia de estimulantes y los trastornos mentales inducidos por estimulantes ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de estimulantes. En tales casos, se debe dar un diagnóstico de intoxicación por estimulantes, abstinencia de estimulantes o un trastorno mental inducido por estimulantes además de un diagnóstico de trastorno por consumo de estimulantes, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Trastornos mentales independientes. Algunos de los efectos del uso de estimulantes pueden parecerse a los síntomas de trastornos mentales independientes, como psicosis (esquizofrenia) y bajo estado de ánimo (trastorno depresivo mayor). Discernir si estos comportamientos ocurrieron antes de la ingesta de la droga es importante para diferenciar los efectos agudos de la droga de un trastorno mental preexistente.

Comorbilidad

Los trastornos relacionados con estimulantes a menudo coexisten con otros trastornos por uso de sustancias, especialmente aquellos que involucran sustancias con propiedades sedantes, que a menudo se toman para reducir el insomnio, el nerviosismo y otros efectos secundarios desagradables. Es probable que las personas admitidas en tratamiento por consumo de cocaína también consuman heroína, PCP o alcohol, y las personas admitidas por un trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico probablemente consuman marihuana, heroína o alcohol. El trastorno por uso de estimulantes puede estar asociado con el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y el trastorno del juego. Los problemas cardiopulmonares a menudo están presentes en personas que buscan tratamiento por problemas relacionados con la cocaína, siendo el dolor de pecho el más común. Los problemas médicos ocurren en respuesta a los adulterantes usados

como agentes de "corte". Los consumidores de cocaína que ingieren cocaína cortada con levamisol, un medicamento veterinario y antimicrobiano, pueden experimentar agranulocitosis y neutropenia febril.

Intoxicación por estimulantes

Criterios de diagnóstico

- A. Uso reciente de una sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otra estimulante.
- B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios en la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o ira; comportamientos estereotipados; deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del uso de un estimulante.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos o síntomas, que se desarrollan durante o poco después, consumo de estimulantes:
 - 1. Taquicardia o bradicardia.
 - 2. Dilatación pupilar.
 - 3. Presión arterial elevada o baja.
 - 4. Transpiración o escalofríos.
 - 5. Náuseas o vómitos.
 - 6. Evidencia de pérdida de peso.
 - 7. Agitación o retraso psicomotor.
 - 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias
 - 9. Confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.
- D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

641

Especifique el intoxicante particular (es decir, sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otro estimulante).

Especificación

si: **Con alteraciones de la percepción:** este especificador puede anotarse cuando ocurren alucinaciones con prueba de realidad intacta o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de un delirio.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si el estimulante es una sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otro estimulante; si existe una sustancia de tipo anfetamínico comórbido, cocaína u otro trastorno por consumo de estimulantes; y si hay o no alteraciones perceptivas.

Para la intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, cocaína u otro estimulante, sin alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de sustancias de tipo anfetamina u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es **F15.120**, y si un trastorno moderado o grave el trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico u otros estimulantes es comórbido, el código ICD-10-CM es **F15.220**. Si no hay comorbilidad

trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico u otro estimulante, entonces el código ICD-10-CM es **F15.920**. De manera similar, si un trastorno leve por consumo de cocaína es comórbido, el código CIE-10-CM es **F14.120**, y si un trastorno por consumo de cocaína moderado o grave es comórbido, el código CIE-10-CM es **F14.220**. Si no existe un trastorno por consumo de cocaína comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F14.920**.

Para la intoxicación por sustancias de tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante, con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de sustancias de tipo anfetamina u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es **F15.122**, y si una sustancia anfetamínica moderada o grave El trastorno por consumo de sustancias u otros estimulantes es comórbido, el código ICD-10-CM es **F15.222**. Si no hay un trastorno comórbido por consumo de sustancias de tipo anfetamínico u otro estimulante, entonces el código ICD-10-CM es **F15.922**.

De manera similar, si un trastorno leve por consumo de cocaína es comórbido, el código CIE-10-CM es **F14.122**, y si un trastorno por consumo de cocaína moderado o grave es comórbido, el código CIE-10-CM es **F14.222**. Si no existe un trastorno por consumo de cocaína comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F14.922**.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por estimulantes, relacionada con las sustancias de tipo anfetamínico y la cocaína, es la presencia de cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos que se desarrollan durante o poco después del uso de estimulantes (Criterios A y B). Las alucinaciones auditivas pueden ser prominentes, al igual que la ideación paranoide, y estos síntomas deben distinguirse de un trastorno psicótico independiente como la esquizofrenia. La intoxicación por estimulantes suele comenzar con una sensación de "euforia" e incluye uno o más de los siguientes: euforia con mayor vigor, gregarismo, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, locuacidad, ansiedad, tensión, alerta, grandiosidad, comportamiento estereotipado y repetitivo, ira, deterioro del juicio y, en el caso de intoxicación crónica, embotamiento afectivo con fatiga o tristeza y retramiento social. Estos cambios conductuales y psicológicos van acompañados de dos o más de los siguientes signos y síntomas que se desarrollan durante o poco tiempo después del consumo de estimulantes: taquicardia o bradicardia; dilatación pupilar; presión arterial elevada o baja; transpiración o escalofríos; náuseas o vómitos; evidencia de pérdida de peso; agitación o retraso psicomotor; debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor de pecho o arritmias cardíacas; y confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma (Criterio C). La intoxicación, ya sea aguda o crónica, a menudo se asocia con un funcionamiento social u ocupacional deteriorado. La intoxicación grave puede provocar convulsiones, arritmias cardíacas, hipertermia y muerte. Para que se realice el diagnóstico de intoxicación por estimulantes, los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental.

642

(Criterio D). Si bien la intoxicación por estimulantes ocurre en individuos con trastornos por uso de estimulantes, la intoxicación no es un criterio para el trastorno por uso de estimulantes, lo que se confirma por la presencia de 2 de los 11 criterios diagnósticos para el trastorno por uso.

Funciones asociadas

La magnitud y dirección de los cambios conductuales y fisiológicos dependen de muchas variables, incluida la dosis utilizada y las características del individuo que consume la sustancia o el contexto (p. ej., tolerancia, tasa de absorción, cronicidad del uso, contexto en el que se toma). Efectos estimulantes como euforia, aumento del pulso y sangre.

la presión y la actividad psicomotora se observan con mayor frecuencia. Los efectos depresivos, como tristeza, bradicardia, disminución de la presión arterial y disminución de la actividad psicomotora, son menos comunes y generalmente surgen solo con el uso crónico de dosis altas.

Predominio

Aunque no se conoce la prevalencia de la intoxicación por estimulantes, la prevalencia del consumo de estimulantes puede utilizarse como indicador indirecto. Es posible que muchas personas que usan estimulantes no tengan síntomas que cumplan completamente con los criterios de intoxicación por estimulantes, lo que requiere "cambios psicológicos o conductuales problemáticos clínicamente significativos". Por lo tanto, las tasas de uso de estimulantes pueden considerarse los límites superiores de la prevalencia probable de intoxicación por estimulantes.

La prevalencia estimada de 12 meses del consumo de cocaína en los Estados Unidos es del 2,2 % para personas de 12 años o más (0,5 % entre personas de 12 a 17 años, 6,2 % entre personas de 18 a 25 años y 1,7 % entre personas de 26 años). y mas viejo); El 3% de los hombres/niños y el 1,4% de las mujeres/niñas consumieron cocaína en los últimos 12 meses. La prevalencia de doce meses del consumo de cocaína es del 2,3 % entre los blancos, del 2,2 % entre los hispanos, del 1,7 % entre los afroamericanos y del 1 % entre los asiáticos americanos.

La prevalencia estimada de 12 meses del consumo de metanfetamina en los Estados Unidos es del 0,6 % para personas de 12 años o más (0,2 % entre personas de 12 a 17 años, 1,1 % entre personas de 18 a 25 años y 0,6 % entre personas de 26 y mayor). La prevalencia de doce meses del consumo de metanfetamina es del 0,8% entre hombres/niños y del 0,4% entre mujeres/niñas. La prevalencia de doce meses del consumo de metanfetamina es del 0,7 % entre los blancos, del 0,6 % entre los hispanos, del 0,2 % entre los afroamericanos y del 0,1 % entre los asiáticos americanos. Los tamaños de muestra pequeños dificultan la estimación de las tasas entre los indios americanos/nativos de Alaska.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales inducidos por estimulantes. La intoxicación por estimulantes se distingue de los trastornos mentales inducidos por estimulantes (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por estimulantes, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos superan los que se observan normalmente en la intoxicación por estimulantes, predominan en el presentación clínica y cumplen todos los criterios para el trastorno relevante.

Trastornos mentales independientes. Los trastornos mentales destacados asociados con la intoxicación por estimulantes deben distinguirse de los síntomas de la esquizofrenia, los trastornos bipolares y depresivos, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico que se describen en este manual.

Comorbilidad Dada

la superposición típica de la intoxicación por estimulantes con el trastorno por consumo de estimulantes, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de estimulantes para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Retiro de estimulantes

Criterios de diagnóstico

- A. Suspensión (o reducción) del consumo prolongado de sustancias de tipo anfetamínico, cocaína u otros estimulantes.

B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que se desarrollan entre unas horas y varios días después del Criterio A:

1. Fatiga.
2. Sueños vívidos y desagradables.
3. Insomnio o hipersomnia.
4. Aumento del apetito.
5. Retraso psicomotor o agitación.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Especifique la sustancia particular que causa el síndrome de abstinencia (es decir, sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otro estimulante).

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si el estimulante es una sustancia de tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante y de si existe o no una sustancia de tipo anfetamina, cocaína u otro trastorno por consumo de estimulantes comórbido. Si el trastorno leve por consumo de sustancias de tipo anfetamínico u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es **F15.13**. Si el trastorno moderado o grave por consumo de sustancias de tipo anfetamínico u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es **F15.23**. Para la abstinencia de sustancias de tipo anfetamina u otro estimulante que se produce en ausencia de un trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamina u otro estimulante (p. ej., en un paciente que toma anfetamina únicamente bajo la supervisión médica adecuada), el código ICD-10-CM es **F15.93**. Si el trastorno leve por consumo de cocaína es comórbido, el código ICD-10-CM es **F14.13**. Si el trastorno moderado o grave por consumo de cocaína es comórbido, el código ICD-10-CM es **F14.23**. Para la abstinencia de cocaína que ocurre en ausencia de un trastorno por consumo de cocaína, el código ICD-10-CM es **F14.93**.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de estimulantes es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla dentro de unas pocas horas o varios días después del cese (o reducción marcada) del uso de estimulantes (generalmente dosis altas) que ha sido prolongado (Criterio A). El síndrome de abstinencia se caracteriza por el desarrollo de un estado de ánimo disfórico acompañado de dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso psicomotor o agitación (Criterio B). La bradicardia suele estar presente y es una medida fiable de la abstinencia de estimulantes.

La anhedonia y el ansia por las drogas a menudo pueden estar presentes, pero no forman parte de los criterios diagnósticos. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

Funciones asociadas

Los síntomas agudos de abstinencia ("un choque") a menudo se observan después de períodos de uso repetitivo de dosis altas ("carreras" o "atracones"). Estos síntomas se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de cansancio y depresión y aumento del apetito, que generalmente requieren varios días de descanso y recuperación. Pueden presentarse síntomas depresivos con pensamientos o conductas suicidas y, por lo general, son los problemas más graves que se observan durante el "choque" u otras formas de abstinencia de estimulantes. Muchas personas con trastorno por uso de estimulantes pueden experimentar un síndrome de abstinencia en algún momento.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales inducidos por estimulantes. La abstinencia de estimulantes se distingue de los trastornos mentales inducidos por estimulantes (p. ej., trastorno depresivo inducido por estimulantes, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo depresivo) en estos últimos trastornos superan a los que suelen asociarse con la abstinencia de estimulantes, predominan en la presentación clínica, y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Comorbilidad Dada

La superposición típica de la abstinencia de estimulantes con el trastorno por consumo de estimulantes, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de estimulantes para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Trastornos mentales inducidos por estimulantes

Los siguientes trastornos mentales inducidos por estimulantes (que incluyen sustancias de tipo anfetamínico, cocaína y otros trastornos mentales inducidos por estimulantes) se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (ver el capítulo inducido por sustancias/medicamentos). trastornos mentales en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por estimulantes ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"); trastorno bipolar y relacionado inducido por estimulantes ("Trastornos bipolares y relacionados"); trastorno depresivo inducido por estimulantes ("Trastornos depresivos"); trastorno de ansiedad inducido por estimulantes ("Trastornos de Ansiedad"); trastorno obsesivo-compulsivo inducido por estimulantes ("Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados"); trastorno del sueño inducido por estimulantes ("trastornos del sueño y la vigilia"); disfunción sexual inducida por estimulantes ("Disfunciones sexuales"); y trastorno neurocognitivo leve inducido por estimulantes ("Trastornos neurocognitivos"). Para el delirio por intoxicación por estimulantes y el delirio inducido por estimulantes tomados según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión del delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por estimulantes se diagnostican en lugar de la intoxicación por estimulantes o la abstinencia de estimulantes solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con estimulantes

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con estimulantes que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con estimulantes o cualquiera de los siguientes. los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si el estimulante es una sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otro estimulante. El código ICD-10-CM para una sustancia no especificada de tipo anfetamínico u otra

el trastorno relacionado con estimulantes es **F15.99**. El código ICD-10-CM para un trastorno relacionado con la cocaína no especificado es **F14.99**.

645

Trastornos relacionados con el tabaco

Trastorno por consumo de tabaco

Abstinencia de Tabaco

Trastornos mentales inducidos por el tabaco

Trastorno relacionado con el tabaco no especificado

Trastorno por consumo de tabaco

Criterios de diagnóstico

- A. Un patrón problemático de consumo de tabaco que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. El tabaco a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se consumía. destinado.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo de tabaco.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener o utilizar tabaco.
4. Antojo, o un fuerte deseo o urgencia de usar tabaco.
5. Consumo recurrente de tabaco que da como resultado el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., interferencia con el trabajo).
6. Consumo continuo de tabaco a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
7. Se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas. o reducido debido al consumo de tabaco.
8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., fumar en la cama).
9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a. Una necesidad de aumentar notablemente la cantidad de tabaco para lograr el efecto deseado.
- b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico del tabaco (consulte los Criterios A y B del conjunto de criterios para la abstinencia del tabaco).

b. El tabaco (o una sustancia estrechamente relacionada, como la nicotina) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

646

En remisión temprana: después de que se hayan cumplido previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de tabaco, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de tabaco se ha cumplido durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, "Deseo o fuerte deseo o urgencia de consumir tabaco", puede satisfacerse).

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de tabaco, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de tabaco se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, "Deseo o fuerte deseo o urgencia de consumir tabaco", puede satisfacerse).

Especifique

si: **En terapia de mantenimiento:** la persona está tomando un medicamento de mantenimiento a largo plazo, como un medicamento de reemplazo de nicotina, y no se han cumplido los criterios para el trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicamento (excepto la tolerancia o la abstinencia de la nicotina). medicamento de reemplazo).

En un entorno controlado: este especificador adicional se utiliza si la persona se encuentra en un entorno donde el acceso al tabaco está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente un síndrome de abstinencia del tabaco o un trastorno del sueño inducido por el tabaco, no utilice los códigos a continuación para el trastorno por consumo de tabaco. En cambio, el trastorno por consumo de tabaco comórbido se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por el tabaco (consulte la nota de codificación para la abstinencia del tabaco o el trastorno del sueño inducido por el tabaco). Por ejemplo, si existe un trastorno del sueño inducido por el tabaco y un trastorno por consumo de tabaco comórbidos, solo se proporciona el código del trastorno del sueño inducido por el tabaco, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de tabaco comórbido es moderado o grave: F17.208 para moderado o grave. trastorno grave por consumo de tabaco con trastorno del sueño inducido por el tabaco. No está permitido codificar un trastorno por consumo de tabaco leve comórbido con un trastorno del sueño inducido por el tabaco.

Especifique la gravedad/remisión actual:

Z72.0 Leve: presencia de 2 o 3 síntomas.

F17.200 Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

F17.201 Moderado, en remisión temprana

F17.201 Moderado, en remisión sostenida F17.200

Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

F17.201 Grave, en remisión temprana

F17.201 Grave, en remisión sostenida

Especificadores

"En terapia de mantenimiento" se aplica como un especificador que se agregará a "en remisión" si el individuo está tanto en remisión como en terapia de mantenimiento. "En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado).

ambiente o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de tabaco puede desarrollarse con el uso de todas las formas de tabaco (p. ej., cigarrillos, tabaco de mascar, rapé, pipas, puros, dispositivos electrónicos de administración de nicotina como los cigarrillos electrónicos [cigarrillos electrónicos]) y con medicamentos recetados que contienen nicotina (chicles y parches de nicotina). La capacidad relativa de estos productos para producir trastornos por consumo de tabaco o para inducir la abstinencia está asociada con la rapidez de la vía de administración (fumado sobre oral sobre transdérmico) y el contenido de nicotina del producto. El nombre de esta categoría de sustancia se cambió de "nicotina" en ediciones anteriores del DSM a "tabaco" en el DSM-5 sobre la base de que los daños de la adicción se asocian principalmente con el tabaco y mucho menos con la nicotina.

El trastorno por consumo de tabaco es común entre las personas que usan cigarrillos y tabaco sin humo a diario, es menos común entre las personas que usan cigarrillos electrónicos y es poco común

647

entre los que no consumen tabaco a diario ni utilizan medicamentos con nicotina. La tolerancia al tabaco se ejemplifica por la desaparición de las náuseas y los mareos tras la ingesta y por un efecto más intenso del tabaco la primera vez que se consume durante el día. El abandono del consumo de tabaco puede producir un síndrome de abstinencia bien definido. Muchas personas con trastorno por consumo de tabaco consumen tabaco para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (p. ej., después de estar en una situación en la que el consumo está restringido). Muchas personas con trastorno por consumo de tabaco tienen síntomas físicos o enfermedades relacionadas con el tabaco y continúan fumando. La gran mayoría reporta ansias cuando no fuma durante varias horas. Pasar demasiado tiempo consumiendo tabaco se puede ejemplificar con el tabaquismo empedernido (es decir, fumar un cigarrillo tras otro sin tiempo entre cigarrillos). Debido a que las fuentes de tabaco están disponibles fácil y legalmente, y debido a que la intoxicación por tabaco es muy rara, es poco común pasar mucho tiempo tratando de conseguir tabaco o recuperándose de sus efectos. El abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes puede ocurrir cuando una persona renuncia a una actividad porque ocurre en áreas restringidas para el consumo de tabaco. El consumo de tabaco rara vez da como resultado el incumplimiento de las principales obligaciones del rol (p. ej., interferencia con el trabajo o las responsabilidades del hogar), pero los problemas sociales o interpersonales persistentes (p. ej., tener discusiones con otros sobre el consumo de tabaco, evitar situaciones sociales debido a la desaprobación del tabaco por parte de otros) uso o uso que es físicamente peligroso (p. ej., fumar en la cama, fumar cerca de productos químicos inflamables) ocurren en una prevalencia intermedia. Aunque estos criterios son respaldados con menos frecuencia por los consumidores de tabaco, si se respaldan, pueden indicar un trastorno más grave.

Funciones asociadas

Fumar dentro de los 30 minutos de despertarse, fumar diariamente, fumar más cigarrillos por día y despertarse por la noche para fumar están asociados con el trastorno por consumo de tabaco. Las señales ambientales pueden evocar ansias y abstinencia. A menudo se presentan afecciones médicas graves, como cáncer de pulmón y de otro tipo, enfermedades cardíacas y pulmonares, problemas perinatales, tos, dificultad para respirar y envejecimiento acelerado de la piel.

Predominio

Aunque los cigarrillos son el producto de tabaco más utilizado, el uso de otros productos de tabaco (especialmente los cigarrillos electrónicos) se ha vuelto más común. En los Estados Unidos, el 19% de los adultos usó un producto de tabaco en el último año, el 19% usó más de un producto,

El 14 % usaba cigarrillos, el 4 % usaba cigarros, el 3 % usaba cigarrillos electrónicos y el 2 % usaba tabaco sin humo. Una cuarta parte (24%) de los fumadores actuales de EE. UU. son fumadores no diarios.

La prevalencia de 12 meses del trastorno por consumo de tabaco según el DSM-5 en los Estados Unidos en 2012-2013 fue del 20 % entre los adultos de 18 años o más y del 29,6 % entre los nativos americanos, del 22,3 % entre los blancos no latinos y del 20,1 % entre los afroamericanos , 12,2% entre latinos y 11,2% entre asiáticoamericanos e isleños del Pacífico.

La prevalencia fue mayor entre los hombres; aquellos que eran jóvenes, solteros, menos educados, pobres o que residían en el sur de los Estados Unidos; y aquellos con casi cualquier trastorno psiquiátrico. La prevalencia entre los fumadores diarios actuales es de aproximadamente el 50%.

Las comparaciones globales muestran que en todas las regiones geográficas del mundo, la prevalencia estandarizada por edad del tabaquismo diario es más alta en hombres que en mujeres, pero la proporción de género varía mucho, de 16,9: 1 en Asia oriental a 1,2: 1 en Australasia.

Desarrollo y curso Aproximadamente el 20

% de los estudiantes de último año de secundaria de EE. UU. afirman haber fumado cigarrillos alguna vez, y aproximadamente el 5 % lo ha hecho en los últimos 30 días. Entre los adolescentes que fuman cigarrillos al menos una vez al mes, la mayoría de estos individuos se convertirán en consumidores diarios de tabaco en el futuro.

La iniciación al tabaquismo después de los 21 años es rara. Algunos de los síntomas de los criterios del trastorno por consumo de tabaco (p. ej., ansia) se presentan poco después de comenzar a consumir tabaco, lo que sugiere que el proceso de adicción comienza con el consumo inicial; sin embargo, el cumplimiento de los criterios del DSM generalmente ocurre durante varios años.

648

El tabaquismo no diario se ha vuelto más frecuente desde fines de la década de 1990 en los Estados Unidos, especialmente entre personas de 18 a 34 años, negros, hispanos y personas con al menos una educación universitaria.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Las personas con rasgos de personalidad externalizantes son más propensas a iniciar el consumo de tabaco. Los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad o trastorno de la conducta, y los adultos con trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad, de la personalidad, psicóticos u otros trastornos por consumo de sustancias, tienen un mayor riesgo de comenzar y continuar con el consumo de tabaco y del trastorno por consumo de tabaco.

Ambiental. Las personas con bajos ingresos y bajo nivel educativo tienen más probabilidades de iniciar el consumo de tabaco y menos probabilidades de dejarlo.

Genético y fisiológico. Los factores genéticos contribuyen al inicio del consumo de tabaco, la continuación del consumo de tabaco y el desarrollo del trastorno por consumo de tabaco, con un grado de heredabilidad equivalente al observado con otros trastornos por consumo de sustancias (es decir, alrededor del 50%). Parte de este riesgo es específico del tabaco y parte es común con la vulnerabilidad de desarrollar cualquier trastorno por uso de sustancias.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La aceptación del consumo de tabaco varía según los contextos culturales. La prevalencia estandarizada por edad del tabaquismo diario varía mucho según la región geográfica, desde el 4,7 % en África subsahariana occidental hasta el 24,2 % en Europa oriental. No está claro hasta qué punto estas diferencias geográficas son el resultado de los ingresos, la educación y las actividades de control del tabaco en un país. La prevalencia del consumo de tabaco en los Estados Unidos varía según la edad, el género y el origen étnico-racial, con tasas más bajas de inicio y progresión del tabaquismo entre los jóvenes negros, especialmente las mujeres jóvenes. Los polimorfismos de las enzimas hepáticas que varían entre los grupos etnoraciales pueden afectar el metabolismo de la nicotina, lo que contribuye a la variación en el comportamiento de fumar. Mayor consumo de tabaco

la prevalencia del trastorno también se asocia con la exposición al racismo y la discriminación étnica. La prevalencia de la dependencia de la nicotina del DSM-IV es mayor entre las personas adultas lesbianas, gais y bisexuales que entre los heterosexuales, posiblemente también debido a una asociación con la exposición a la discriminación relacionada con la orientación sexual. Entre las personas con dependencia de la nicotina DSM-IV, los ingresos y la educación más bajos se asocian con la persistencia del trastorno.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

La proporción de hombres y mujeres entre los fumadores de EE. UU. es de aproximadamente 1,4:1 y se ha mantenido estable entre 2004 y 2014. Esta proporción es generalmente constante en varios niveles educativos y de ingresos. La proporción disminuye en los grupos de mayor edad, ya que menos hombres fuman a medida que aumenta la edad. La literatura de varios entornos estadounidenses sugiere que el refuerzo negativo (es decir, que fumar alivia el afecto negativo) es un motivador mayor en las mujeres que en los hombres. Los efectos del ciclo menstrual sobre el tabaquismo se encuentran de manera inconsistente, pero la abstinencia del tabaco parece peor en la fase lútea que en la fase folicular del ciclo. Las mujeres embarazadas fuman a un ritmo más bajo que las mujeres no embarazadas, pero vuelven a fumar rápidamente después del parto.

Marcadores de diagnóstico

Los siguientes biomarcadores se pueden usar para medir el grado de consumo de tabaco o nicotina: monóxido de carbono en el aliento y nicotina y su metabolito cotinina en sangre, saliva u orina; sin embargo, estos se asocian solo débilmente con el trastorno por consumo de tabaco.

649

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Los datos de una

encuesta nacional de los EE. UU. muestran que el consumo de cigarrillos en el último año se asocia con un riesgo dos o tres veces mayor de pensamientos y conductas suicidas, con un aumento del riesgo a una edad más temprana en el primer consumo de tabaco. La evidencia de la Administración de Salud de los Veteranos de EE. UU. muestra que, incluso después de ajustar las covariables, el trastorno por consumo de tabaco se asocia con un mayor riesgo de suicidio. Un gran estudio de gemelos en Finlandia encontró que la relación entre el consumo de tabaco y el suicidio aumentó en una forma de respuesta a la dosis, y que para los gemelos idénticos discordantes por el consumo de tabaco, el consumo de tabaco se asoció con un riesgo seis veces mayor de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de tabaco

Las consecuencias médicas del consumo de tabaco a menudo comienzan cuando los consumidores de tabaco tienen más de 40 años y, por lo general, se debilitan progresivamente con el tiempo. La mitad de los fumadores que no dejan de consumir tabaco morirán prematuramente de una enfermedad relacionada con el tabaco, y la morbilidad relacionada con el tabaquismo ocurre en más de la mitad de los consumidores de tabaco. La mayoría de las condiciones médicas resultan de la exposición al monóxido de carbono, alquitranes y otros componentes del tabaco que no son nicotina. El principal predictor de la reversibilidad es la duración del tabaquismo. El humo de segunda mano aumenta el riesgo de enfermedades del corazón y cáncer en un 30%. El uso a largo plazo de medicamentos con nicotina no parece causar daño médico.

Comorbilidad Las

condiciones médicas más comunes del tabaquismo son las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer. Fumar también aumenta los problemas perinatales, como el bajo peso al nacer y el aborto espontáneo. La prevalencia de tabaquismo es casi el doble en personas con trastorno depresivo mayor; aunque la prevalencia de tabaquismo en los Estados Unidos es mayor entre las personas con un nivel socioeconómico bajo, la mayor prevalencia de tabaquismo entre las personas con depresión es

independiente del estatus socioeconómico. Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes asociadas al tabaquismo son el alcohol y otras sustancias, la depresión, la bipolaridad, la ansiedad, la personalidad y los trastornos por déficit de atención/hiperactividad. En los Estados Unidos, las personas con un trastorno psiquiátrico tienen tres veces más probabilidades que otras de tener un trastorno por consumo de tabaco. Los adultos con trastorno por consumo de tabaco según el DSM-5 tienen significativamente más probabilidades que otros adultos de tener trastornos psiquiátricos comórbidos, incluidos otros trastornos por consumo de sustancias según el DSM-5, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y Trastornos límite y antisocial de la personalidad.

Abstinencia de Tabaco

Criterios de diagnóstico

F17.203

- A. Consumo diario de tabaco durante al menos varias semanas.
- B. Cese abrupto del consumo de tabaco, o reducción en la cantidad de tabaco consumido, seguido dentro de las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos o síntomas: 1. Irritabilidad, frustración o ira.
- 2. Ansiedad.
- 3. Dificultad para concentrarse.
- 4. Aumento del apetito.
- 5. Inquietud.
- 6. Estado de ánimo deprimido.
- 7. Insomnio.

650

- C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se atribuyen a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM para abstinencia de tabaco es **F17.203**.

Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM indica la presencia comórbida de un trastorno por consumo de tabaco moderado o grave, lo que refleja el hecho de que la abstinencia del tabaco solo puede ocurrir en presencia de un trastorno por consumo de tabaco moderado o grave.

Características diagnósticas

Los síntomas de abstinencia deterioran la capacidad para dejar de consumir tabaco. Los síntomas después de la abstinencia del tabaco se deben en gran parte a la privación de nicotina. La abstinencia del tabaco es común entre los consumidores diarios de tabaco que dejan o reducen el consumo de tabaco. Los síntomas son más intensos entre las personas que fuman cigarrillos y también usan diariamente tabaco sin humo o cigarrillos electrónicos. Esta intensidad de los síntomas es probablemente atribuible al inicio más rápido y a los niveles más altos de nicotina con el tabaquismo. La abstinencia significativa entre los que no fuman cigarrillos a diario o solo usan medicamentos con nicotina es poco común.

Por lo general, la frecuencia cardíaca disminuye de 5 a 12 lpm en los primeros días después de dejar de fumar, y el peso aumenta en un promedio de 4 a 7 libras (2 a 3 kg) durante el primer año después de dejar de fumar. La abstinencia del tabaco puede producir cambios de humor clínicamente significativos y deterioro funcional. Debido a los efectos de condicionamiento, la abstinencia puede ser provocada por señales ambientales, como ver a otros fumando. La reducción gradual del consumo de tabaco disminuye la gravedad de la abstinencia.

Funciones asociadas

El ansia por el tabaco o la nicotina es muy común durante la abstinencia y tiene un gran efecto sobre la capacidad de permanecer abstinente. La abstinencia puede aumentar la impulsividad y la anhedonia y puede disminuir el afecto positivo. La abstinencia del tabaco o la nicotina también parece aumentar el deseo por alimentos dulces o azucarados y perjudica el desempeño en tareas que requieren vigilancia. Fumar aumenta el metabolismo de muchos medicamentos que se usan para tratar los trastornos mentales; por lo tanto, dejar de fumar puede aumentar los niveles sanguíneos de estos medicamentos y esto puede producir resultados clínicamente significativos. Este efecto parece deberse no a la nicotina sino a otros compuestos del tabaco.

Predominio

Aproximadamente el 50% de los fumadores diarios que dejan de fumar durante 2 o más días tendrán cuatro o más síntomas de abstinencia de tabaco. Los signos y síntomas más comúnmente respaldados son ansiedad, irritabilidad y dificultad para concentrarse. Los síntomas menos comúnmente respaldados son la depresión y el insomnio.

Desarrollo y curso

La abstinencia del tabaco por lo general comienza dentro de las 24 horas posteriores a la interrupción o reducción del consumo de tabaco, alcanza su punto máximo a los 2 o 3 días después de la abstinencia y, por lo general, dura de 2 a 3 semanas. Los síntomas de abstinencia del tabaco pueden ocurrir entre los consumidores adolescentes de tabaco, incluso antes del consumo diario de tabaco. Pueden ocurrir síntomas prolongados más allá de 1 mes, pero son poco comunes.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los fumadores con trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención/hiperactividad y otros trastornos por uso de sustancias tienen una abstinencia más grave.

651

Genético y fisiológico. El genotipo puede influir en la probabilidad de retiro al abstinencia.

Marcadores de diagnóstico

Los siguientes biomarcadores se pueden usar para medir el grado de consumo de tabaco o nicotina, pero solo se asocian débilmente con la abstinencia del tabaco: monóxido de carbono en el aliento y nicotina y su metabolito cotinina en sangre, saliva u orina.

Consecuencias funcionales de la abstinencia del tabaco

La abstinencia del tabaco puede causar una angustia significativa y dificultad para funcionar en una minoría de fumadores, pero esto puede ser poco común. La abstinencia afecta la capacidad de detener o controlar el consumo de tabaco. Es discutible si la abstinencia del tabaco puede provocar el desarrollo de un nuevo trastorno mental o la recurrencia de un trastorno mental, pero si esto ocurre, sería en una pequeña minoría de consumidores de tabaco.

Diagnóstico diferencial

Los síntomas de la abstinencia del tabaco se superponen con los de otros síndromes de abstinencia de sustancias (p. ej., abstinencia del alcohol, abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, abstinencia de estimulantes, abstinencia de cafeína, abstinencia de opiáceos); intoxicación por cafeína; trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares y del sueño; y acatisia inducida por medicamentos. La admisión a unidades de hospitalización libres de humo o el abandono voluntario del hábito de fumar pueden inducir síntomas de abstinencia que imitan, intensifican o disfrazan otros trastornos o efectos adversos de los medicamentos utilizados para tratar trastornos mentales (p. retiro). La reducción de los síntomas con el uso de nicotina confirma el diagnóstico.

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la abstinencia del tabaco con el trastorno por consumo de tabaco, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de tabaco para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se encuentren.

Trastornos mentales inducidos por el tabaco

El trastorno del sueño inducido por el tabaco se analiza en el capítulo "Trastornos del sueño y la vigilia" (ver "Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos").

Trastorno relacionado con el tabaco no especificado

F17.209

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el tabaco que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con el tabaco o cualquier de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

652

Relacionado con otra sustancia (o desconocida) Trastornos

Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Intoxicación por otra sustancia (o desconocida)

Abstinencia de otra sustancia (o sustancia desconocida)

Trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Trastorno relacionado con otra sustancia no especificada (o desconocida)

Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de uso de una sustancia embriagante que no pueda clasificarse dentro del alcohol; cafeína; cannabis; alucinógeno (fenciclidina y otros); inhalador; opioide; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulante; o categorías de tabaco y que conducen a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. La sustancia a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más prolongado.

período del que se pretendía.

2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de la sustancia.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener la sustancia, usar la sustancia o recuperarse de sus efectos.
4. Antojo, o un fuerte deseo o urgencia de usar la sustancia.
5. Uso recurrente de la sustancia que resulte en el incumplimiento de las principales obligaciones de rol en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Uso continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de su uso.
7. Se abandonan o reducen actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido al uso de la sustancia.
8. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Se continúa con el uso de la sustancia a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a. Una necesidad de cantidades marcadamente mayores de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
b. Un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado del mismo cantidad de la sustancia.
11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico de otra sustancia (o desconocida) (consulte los Criterios A y B de los conjuntos de criterios para la abstinencia de otra sustancia [o desconocida]).

653

- b. La sustancia (o una sustancia estrechamente relacionada) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especifique

si: **En remisión temprana:** después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas), ninguno de los criterios para el trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) se ha cumplido durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción de que se puede cumplir el Criterio A4, "Ansia, o un fuerte deseo o urgencia de usar la sustancia").

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), ninguno de los criterios para el trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida) se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción de que el Criterio

A4, "Ansias, o un fuerte deseo o impulso de usar la sustancia", puede cumplirse).

Especificar

si: **En un entorno controlado:** Este especificador adicional se utiliza si la persona se encuentra en un entorno donde el acceso a la sustancia está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si está presente una intoxicación por otra sustancia (o desconocida), abstinencia de otra sustancia (o desconocida) u otro trastorno mental inducido por otra sustancia (o desconocida), no utilice los códigos a continuación para otra (o desconocido) trastorno por consumo de sustancias. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de otra sustancia (o desconocida) se indica en el 4.^º carácter del código de trastorno inducido por otra sustancia (o desconocida) (véase la nota de codificación para intoxicación por otra sustancia [o desconocida], otra sustancia [o desconocida]), abstinencia o trastorno mental específico inducido por otra sustancia [o desconocida]). Por ejemplo, si hay un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o desconocida) comórbido y un trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), solo se proporciona el código del trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o desconocida), con el cuarto carácter indicando si el trastorno por consumo de otra sustancia (o desconocida) comórbido es leve, moderado o grave: F19.14 para el trastorno por consumo de otra sustancia (o desconocida) con otro trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o desconocida) o F19.24 para un trastorno por consumo de otra sustancia moderado o grave. Trastorno por consumo de sustancias (o desconocidas) con otro trastorno depresivo inducido por sustancias (o desconocidas).

Especifique la gravedad/remisión actual:

F19.10 Leve: presencia de 2 o 3 síntomas.

F19.11 Leve, en remisión temprana

F19.11 Leve, en remisión sostenida F19.20

Moderada: presencia de 4-5 síntomas.

F19.21 Moderado, en remisión temprana F19.21

Moderado, en remisión sostenida F19.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F19.21 Grave, en remisión temprana F19.21

Grave, en remisión sostenida

Especificadores

"En un ambiente controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado).

Ejemplos de estos entornos son las cárceles, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave y supervisadas de cerca y libres de sustancias.

Características diagnósticas La

clase diagnóstica de trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas) se aplica a sustancias que no están incluidas en ninguna de las nueve clases de sustancias presentadas anteriormente en este capítulo (es decir, alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos [fenciclidina y otros]; inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes o tabaco). Tales sustancias incluyen esteroides anabólicos; antiinflamatorio no esteroideo

drogas; corticosteroides; medicamentos antiparkinsonianos; antihistamínicos; Óxido nitroso; nitritos de amilo, butilo o isobutilo; nuez de betel, que se mastica en muchas regiones geográficas para producir una euforia leve y una sensación flotante; y kava (de una planta de pimienta del Pacífico Sur), que produce euforia leve, sedación, falta de coordinación y pérdida de peso, así como efectos sobre la salud (p. ej., hepatitis leve, anomalías pulmonares). Tenga en cuenta que las sustancias gaseosas se incluyen en la categoría de inhalantes solo si son agentes de hidrocarburos; otras sustancias gaseosas (incluido el óxido nitroso mencionado anteriormente) se incluyen en la categoría de otras sustancias (o desconocidas). Los trastornos relacionados con sustancias desconocidas están asociados con sustancias no identificadas, como intoxicaciones en las que el individuo no puede identificar la droga ingerida, o trastornos por uso de sustancias que involucran drogas nuevas del mercado negro aún no identificadas o drogas familiares vendidas ilegalmente con nombres falsos.

Tenga en cuenta que las sustancias incluidas dentro del alcance de una de las clases de sustancias deben codificarse dentro de esa clase de sustancia respectiva y no son apropiadas para incluirlas en la categoría "otra sustancia". Por ejemplo, las siguientes sustancias se incluyen explícitamente en clases de sustancias específicas y no deben incluirse en la categoría de "otras sustancias": los cannabinoides sintéticos se incluyen en la categoría de cannabis; el propofol se incluye en la categoría de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y las catinonas (incluidos los agentes vegetales *khât* y los derivados químicos sintéticos) se incluyen en la categoría de estimulantes.

El trastorno por uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas) es un trastorno mental en el que el uso repetido de otra sustancia o de una sustancia desconocida generalmente continúa, a pesar de que el individuo sabe que la sustancia le está causando problemas graves. Esos problemas se reflejan en los criterios de diagnóstico. Cuando la sustancia es conocida pero no encaja dentro de ninguna de las otras nueve clases de sustancias, debe reflejarse al registrar y codificar el nombre del trastorno (p. ej., "trastorno por consumo de óxido nitroso", utilizando el código aplicable para otros [o] trastorno por consumo de sustancias).

Funciones asociadas

Un diagnóstico de otro trastorno por uso de sustancias (o sustancias desconocidas) está respaldado por cualquiera de los siguientes: el uso informado por el individuo de una sustancia que no se encuentra entre las nueve clases enumeradas en este capítulo; episodios recurrentes de intoxicación con resultados negativos en las pruebas estándar de detección de drogas, que pueden no detectar sustancias nuevas o de uso poco frecuente; y la presencia de síntomas característicos de una sustancia no identificada que ha aparecido recientemente en la comunidad del individuo.

Debido al acceso al óxido nitroso ("gas de la risa"), la pertenencia a ciertas poblaciones puede estar asociada con el uso frecuente de la sustancia y posiblemente con un diagnóstico de trastorno por consumo de óxido nitroso. El papel de este gas como agente anestésico lleva al uso indebido por parte de algunos profesionales médicos y dentales, y su uso como impulsor de productos comerciales (p. ej., dispensadores de crema batida) contribuye al uso indebido por parte de los trabajadores del servicio de alimentos. El uso indebido de óxido nitroso por parte de adolescentes y adultos jóvenes es significativo, y algunas personas con un uso muy frecuente pueden presentar complicaciones médicas y afecciones mentales graves, que incluyen mieloneuropatía, degeneración combinada subaguda de la médula espinal, neuropatía periférica y psicosis.

El uso de gases de nitrito de amilo, butilo e isobutilo (y similares) es frecuente entre hombres homosexuales y algunos adolescentes, especialmente aquellos con trastorno de conducta.

Los trastornos por uso de sustancias generalmente se asocian con riesgos elevados de suicidio, pero no hay evidencia de factores de riesgo únicos para el suicidio con otro trastorno por uso de sustancias (o desconocido).

Con base en datos extremadamente limitados, la prevalencia de la mayoría de los otros trastornos por uso de sustancias (o desconocidas) es probablemente más baja que la de los trastornos por uso que involucran las nueve clases de sustancias en este capítulo. Para ciertas sustancias gaseosas, la prevalencia de uso no es rara (la prevalencia de por vida en la población de hogares de EE. UU. para personas mayores de 12 años se estima en 4.6% para óxido nitroso y 2.5% para nitratos), pero con qué frecuencia los patrones de uso califican para un Se desconoce el trastorno por consumo.

Desarrollo y curso Ningún patrón único

de desarrollo o curso caracteriza los trastornos farmacológicamente variados por uso de otras sustancias (o desconocidas). A menudo, los trastornos por uso de sustancias desconocidas se reclasificarán cuando finalmente se identifique la sustancia desconocida.

Factores de riesgo y pronóstico Se cree que los

factores de riesgo y pronóstico para otros trastornos por consumo de sustancias (o desconocidos) son similares a los de la mayoría de los trastornos por consumo de sustancias e incluyen la presencia de cualquier otro trastorno por consumo de sustancias, trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial en el individuo. o la familia del individuo; aparición temprana de problemas de sustancias; fácil disponibilidad de la sustancia en el entorno del individuo; maltrato o trauma infantil; y evidencia de autocontrol temprano limitado y desinhibición del comportamiento.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Ciertas culturas pueden estar asociadas con otros trastornos por uso de sustancias (o desconocidos) que involucran sustancias autóctonas específicas dentro de la región cultural, como la nuez de betel.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas de orina, aliento o saliva pueden identificar correctamente una sustancia de uso común vendida falsamente como un producto novedoso. Sin embargo, las pruebas clínicas de rutina generalmente no pueden identificar sustancias realmente inusuales o nuevas, lo que puede requerir pruebas en laboratorios especializados.

Diagnóstico diferencial Uso de otras

sustancias o sustancias desconocidas sin cumplir los criterios para el trastorno por uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

El uso de sustancias desconocidas no es raro entre los adolescentes, pero la mayoría del uso no cumple con el estándar de diagnóstico de dos o más criterios para el trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida) en un período de 12 meses.

Trastornos por uso de sustancias.-El trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) puede coexistir con varios trastornos por uso de sustancias que involucran cualquiera de las nueve clases de sustancias presentadas anteriormente en este capítulo, y los síntomas de los trastornos pueden ser similares y superpuestos. Para desenredar los patrones de síntomas, es útil preguntar qué síntomas persistieron durante los períodos en que no se consumían algunas de las sustancias.

Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), abstinencia de otra sustancia (o desconocida) y trastornos mentales inducidos por otra sustancia (o desconocida).

El trastorno por consumo de otra sustancia (o desconocida) se diferencia de la intoxicación por otra sustancia (o desconocida), la abstinencia de otra sustancia (o desconocida) y los trastornos mentales inducidos por otra sustancia (o desconocida) (p. ej., trastorno bipolar y relacionado inducido por corticosteroides) en que el trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida) describe un patrón problemático de uso de la otra sustancia (o desconocida) que implica un control deficiente sobre el uso de la sustancia, deterioro social atribuible al uso de la sustancia, uso riesgoso de la sustancia (ej., uso continuado a pesar de las complicaciones médicas) y síntomas farmacológicos (el desarrollo de

tolerancia o abstinencia), mientras que la intoxicación por otra sustancia (o desconocida), la abstinencia de otra sustancia (o desconocida) y los trastornos mentales inducidos por otra sustancia (o desconocida) describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un uso intensivo. La intoxicación por otra sustancia (o desconocida), la abstinencia de otra sustancia (o desconocida) y los trastornos mentales inducidos por otra sustancia (o desconocida) pueden ocurrir en personas con otro trastorno por uso de sustancia (o desconocida). En tales casos, se debe dar un diagnóstico de intoxicación por otra sustancia (o desconocida), abstinencia de otra sustancia (o desconocida) u otro trastorno mental inducido por otra sustancia (o desconocida), además de un diagnóstico de uso de otra sustancia (o desconocida). trastorno, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Comorbilidad Los

trastornos por consumo de sustancias, incluido el trastorno por consumo de otras sustancias (o desconocidas), suelen tener comorbilidad entre sí, con el trastorno de conducta en la adolescencia y con el trastorno antisocial de la personalidad.

Intoxicación por otra sustancia (o desconocida)

Criterios de diagnóstico

- A. El desarrollo de un síndrome reversible específico de una sustancia atribuible a la ingestión reciente de (o exposición a) una sustancia que no figura en otra lista o es desconocida.
- B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos que son atribuibles al efecto de la sustancia en el sistema nervioso central (p. ej., alteración de la coordinación motora, agitación o retraso psicomotor, euforia, ansiedad, beligerancia, labilidad del estado de ánimo, deterioro cognitivo, alteración del juicio, retramiento social) y se desarrollan durante o poco después del uso de la sustancia.
- C. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación con otra sustancia.

Especificar

si: **Con alteraciones de la percepción:** este especificador puede anotarse cuando ocurren alucinaciones con prueba de realidad intacta o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de un delirio.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno por uso de otra sustancia (o desconocido) comórbido que involucre la misma sustancia y si hay o no alteraciones de la percepción.

Para intoxicación por otra sustancia (o desconocida), sin alteraciones de la percepción: si existe comorbilidad con un trastorno leve por consumo de otra sustancia (o desconocida), el código ICD-10-CM es **F19.120**, y si existe un trastorno moderado o grave por consumo de otra sustancia (o desconocida) el trastorno por uso de sustancias es comórbido, el código ICD-10-CM es **F19.220**. Si no hay un trastorno comórbido por uso de otra sustancia (o desconocido), entonces el código ICD-10-CM es **F19.920**.

Para intoxicación por otra sustancia (o desconocida), con alteraciones de la percepción: si existe comorbilidad con un trastorno leve por consumo de otra sustancia (o desconocida), el código ICD-10-CM es **F19.122**, y si existe un trastorno moderado o grave por consumo de otra sustancia (o desconocida) el trastorno por consumo de sustancias es comórbido, la CIE-10-CM

el código es **F19.222**. Si no hay un trastorno por uso de otra sustancia (o desconocido) comórbido, entonces el código ICD-10-CM es **F19.922**.

Nota: Para obtener información sobre los factores de riesgo y pronóstico, los problemas de diagnóstico relacionados con el cultivo y los marcadores de diagnóstico, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

657

Características de diagnóstico

La característica esencial de la intoxicación por otra sustancia (o desconocida) es la presencia de cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos que se desarrollan durante, o inmediatamente después, del uso de a) una sustancia no incluida dentro de una de las nueve clases de sustancias presentadas en este capítulo (es decir, alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina y otros alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes o tabaco) o b) una sustancia desconocida. Si se conoce la sustancia, debe reflejarse en el nombre del trastorno al codificar (p. ej., "intoxicación por kava").

La aplicación de los criterios de diagnóstico para la intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas) es muy desafiante. El criterio A requiere el desarrollo de un "síndrome específico de sustancia" reversible, pero si la sustancia es desconocida, ese síndrome generalmente será desconocido. Para resolver este conflicto, los médicos pueden preguntarle al individuo u obtener antecedentes colaterales sobre si el individuo ha experimentado un episodio similar después de usar sustancias con el mismo nombre de "calle" o de la misma fuente. Del mismo modo, los servicios de urgencias de los hospitales a veces reconocen en unos pocos días numerosas presentaciones de un síndrome de intoxicación grave y desconocido por una sustancia recién disponible y previamente desconocida. Debido a la gran variedad de sustancias toxicantes, el Criterio B solo puede proporcionar ejemplos amplios de signos y síntomas de algunas intoxicaciones, sin umbral para la cantidad de síntomas necesarios para un diagnóstico; el juicio clínico guía esas decisiones. El criterio C requiere descartar otras condiciones médicas, trastornos mentales o intoxicaciones.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Desarrollo y curso Las intoxicaciones

suelen aparecer y luego alcanzan su punto máximo de minutos a horas después del uso de la sustancia, pero el inicio y el curso varían según la sustancia y la vía de administración.

En general, las sustancias utilizadas por inhalación pulmonar e inyección intravenosa tienen el inicio de acción más rápido, mientras que las que se ingieren por vía oral y que requieren un metabolismo a un producto activo son mucho más lentas. (Por ejemplo, después de la ingestión de ciertos hongos, es posible que los primeros signos de una intoxicación potencialmente mortal no aparezcan hasta pasados unos días). Los efectos de la intoxicación generalmente se resuelven en cuestión de horas o muy pocos días. Sin embargo, el cuerpo puede eliminar por completo un gas anestésico como el óxido nitroso solo unos minutos después de que finaliza su uso. En el otro extremo, algunas sustancias embriagantes de "golpe y fuga" envenenan los sistemas, dejando deficiencias permanentes. Por ejemplo, MPTP (1-metil-4-fenil 1,2,3,6-tetrahidropiridina), un subproducto contaminante en la síntesis de cierto opioide, mata las células dopamínergicas e induce parkinsonismo permanente en personas que han buscado intoxicación por opioides. .

Consecuencias funcionales de otra sustancia (o desconocida)

Intoxicación

El deterioro por intoxicación con cualquier sustancia puede tener consecuencias graves, que incluyen disfunción en el trabajo, indiscreciones sociales, problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de las obligaciones del rol, accidentes de tránsito, peleas, comportamientos de alto riesgo (es decir, tener relaciones sexuales sin protección) y abuso de sustancias o sobredosis de medicamentos. El patrón de consecuencias variará con la sustancia particular.

Diagnóstico diferencial

Consumo de otra sustancia o sustancia desconocida, sin cumplir los criterios de intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida).

El individuo usó otra(s) sustancia(s) desconocida(s), pero la dosis fue insuficiente para producir síntomas que cumplan con los criterios diagnósticos requeridos para el diagnóstico.

658

Intoxicación por sustancias u otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos. Familiar

las sustancias pueden venderse en el mercado negro como productos novedosos, y las personas pueden experimentar intoxicación por esas sustancias. La historia, las pruebas de toxicología o las pruebas químicas de la sustancia en sí pueden ayudar a identificarla. La intoxicación por otra sustancia se distingue de los trastornos mentales inducidos por otras sustancias/medicamentos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por corticosteroides) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos son superiores a los (si se conocen) generalmente asociados con la sustancia específica. intoxicación, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares o infecciosos que alteran la función cerebral y la cognición.

Numerosas afecciones neurológicas y médicas pueden producir una aparición rápida de signos y síntomas que simulan los de las intoxicaciones, incluidos los ejemplos del Criterio B. Paradójicamente, también se debe descartar la abstinencia de drogas; por ejemplo, el letargo puede indicar abstinencia de una droga o intoxicación con otra sustancia.

Comorbilidad A1

igual que con todos los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de conducta en la adolescencia, el trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos por consumo de sustancias tienden a coexistir con la intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Abstinencia de otra sustancia (o sustancia desconocida)

Criterios de diagnóstico

- A. Suspensión (o reducción) del uso de una sustancia que ha sido intensa y prolongada.
- B. El desarrollo de un síndrome específico de sustancias poco después del cese (o reducción) del consumo de sustancias.
- C. El síndrome específico de la sustancia causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la abstinencia de otra sustancia.
- E. La sustancia en cuestión no puede clasificarse en ninguna de las otras categorías de sustancias (alcohol, cafeína, cannabis, opioides, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes o tabaco) o es desconocida.

Especificar

si: **Con alteraciones de la percepción:** este especificador puede anotarse cuando ocurren alucinaciones con prueba de realidad intacta o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de un delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de otra sustancia comórbido (o desconocido) y de si hay o no alteraciones de la percepción.

Para la abstinencia de otra sustancia (o desconocida), sin alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de otra sustancia (o desconocida) es comórbido, el código ICD-10-CM es **F19.130**, y si un trastorno moderado o grave por consumo de otra sustancia (o desconocida) el trastorno por uso de sustancias es comórbido, el código ICD-10-CM es **F19.230**. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de otra sustancia (o desconocida) (p. ej., en un paciente que toma otra sustancia [o desconocida] únicamente bajo la supervisión médica adecuada), entonces el código ICD-10-CM es **F19.930**.

Para la abstinencia de otra sustancia (o desconocida), con alteraciones de la percepción: Si un trastorno leve por consumo de otra sustancia (o desconocida) es comórbido, el código ICD-10-CM es

659

F19.132, y si existe comorbilidad con un trastorno moderado o grave por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), el código ICD-10-CM es **F19.232**. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de otra sustancia (o desconocida) (p. ej., en un paciente que toma otra sustancia [o desconocida] únicamente bajo la supervisión médica adecuada), entonces el código ICD-10-CM es **F19.932**.

Nota: Para obtener información sobre los factores de riesgo y pronóstico y los marcadores de diagnóstico, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas).

Características de diagnóstico

La abstinencia de otra sustancia (o desconocida) es un síndrome clínicamente significativo que se desarrolla durante o dentro de unas pocas horas o días después de reducir o terminar la dosis de una sustancia (Criterios A y B). Aunque la reducción o terminación reciente de la dosis suele estar clara en la historia, otros procedimientos de diagnóstico son muy desafiantes si se desconoce el fármaco. El criterio B requiere el desarrollo de un "síndrome específico de la sustancia" (es decir, los signos y síntomas del individuo deben corresponder con el síndrome de abstinencia conocido para el fármaco que se suspendió recientemente), un requisito que rara vez se puede cumplir con una sustancia desconocida. En consecuencia, el juicio clínico debe guiar tales decisiones cuando esta información es limitada. El criterio D requiere descartar otras condiciones médicas, trastornos mentales o abstinencia de sustancias familiares. Cuando se conoce la sustancia, debe reflejarse en el nombre del trastorno al codificar (p. ej., "abstinencia por nuez de betel").

Predominio

Se desconoce la prevalencia de la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas).

Desarrollo y curso

Los signos de abstinencia comúnmente aparecen algunas horas después de que se termina el uso de la sustancia, pero el inicio y el curso varían mucho, dependiendo de la dosis típicamente utilizada y la tasa de eliminación de la sustancia específica del cuerpo. En el pico de severidad,

Los síntomas de abstinencia de algunas sustancias implican solo niveles moderados de incomodidad, mientras que la abstinencia de otras sustancias puede ser fatal. La disforia asociada a la abstinencia a menudo motiva la recaída en el consumo de sustancias. Los síntomas de abstinencia disminuyen lentamente durante días, semanas o meses, según el fármaco en particular y las dosis a las que el individuo se volvió tolerante.

Consecuencias funcionales de otra sustancia (o desconocida)

Retiro

La abstinencia de cualquier sustancia puede tener consecuencias graves, incluidos signos y síntomas físicos (p. ej., malestar general, cambios en los signos vitales, malestar abdominal, dolor de cabeza), deseo intenso por la droga, ansiedad, depresión, agitación, síntomas psicóticos o deterioro cognitivo. Estas consecuencias pueden derivar en problemas como disfunción en el trabajo, problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de las obligaciones del rol, accidentes de tránsito, peleas, conductas de alto riesgo (p. ej., tener relaciones sexuales sin protección), intentos de suicidio y sobredosis de sustancias o medicamentos. El patrón de consecuencias variará con la sustancia particular.

Diagnóstico diferencial

Reducción de la dosis después de una dosificación prolongada, pero sin cumplir los criterios para la abstinencia de otra sustancia (o desconocida).

El individuo usó otras sustancias (o desconocidas), pero la dosis que usó fue insuficiente para producir síntomas que cumplan con los criterios requeridos para el diagnóstico de abstinencia.

Abstinencia de sustancias u otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos. Familiar

las sustancias pueden venderse en el mercado negro como productos novedosos, y las personas pueden experimentar abstinencia al suspender esas sustancias. historia, toxicología pantallas, o

660

las pruebas químicas de la sustancia en sí pueden ayudar a identificarla. La abstinencia de otras sustancias se distingue de los trastornos mentales inducidos por otras sustancias/medicamentos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por venlafaxina, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos superan los síntomas (si se conocen) que generalmente asociados con la abstinencia de sustancias específicas, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares o infecciosos que alteran la función cerebral y la cognición.

Numerosas afecciones neurológicas y médicas pueden producir una aparición rápida de signos y síntomas que simulan los de la abstinencia. Paradójicamente, también deben descartarse intoxicaciones por drogas; por ejemplo, el letargo puede indicar abstinencia de una droga o intoxicación con otra sustancia.

Comorbilidad AI

igual que con todos los trastornos relacionados con sustancias, es probable que el trastorno de conducta en la adolescencia, el trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos por consumo de sustancias coexistan con la abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Mental inducida por otra sustancia (o desconocida)

Trastornos

Debido a que la categoría de otras sustancias o sustancias desconocidas está intrínsecamente mal definida, la extensión y el alcance de estos trastornos mentales inducidos por sustancias son inciertos.

Sin embargo, otros trastornos mentales inducidos por sustancias (o desconocidos) son posibles y se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (ver los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): otros (o desconocidos) trastorno psicótico inducido por sustancias ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"); trastorno bipolar y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida) ("Trastornos bipolares y relacionados"); otro trastorno depresivo inducido por sustancias (o sustancias desconocidas) ("Trastornos depresivos"); otros trastornos de ansiedad inducidos por sustancias (o desconocidos) ("Trastornos de ansiedad"); trastorno obsesivo-compulsivo inducido por otra sustancia (o desconocida) ("Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados"); otro trastorno del sueño inducido por sustancias (o desconocidas) ("Trastornos del sueño-vigilia"); disfunción sexual inducida por otra sustancia (o desconocida) ("Disfunciones sexuales"); y otro trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos (o desconocidos) ("Trastornos neurocognitivos"). Para el delirio por intoxicación inducido por otra sustancia (o desconocida), el delirio por abstinencia inducido por otra sustancia (o desconocida) y el delirio inducido por otra sustancia (o desconocida) tomada según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". . . Estos trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o desconocidas) se diagnostican en lugar de intoxicación por otra sustancia (o desconocida) o abstinencia de otra sustancia (o desconocida) solo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Otra sustancia no especificada (o desconocida)– Trastorno relacionado

F19.99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que los síntomas característicos de un trastorno relacionado con otra sustancia (o desconocida) que causan malestar clínicamente significativo o

661

Predominan las deficiencias sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ningún otro trastorno específico (o desconocido) relacionado con sustancias o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias.

Trastornos no relacionados con sustancias

Trastorno de juego

Criterios de diagnóstico

F63.0

- A. Comportamiento de juego problemático persistente y recurrente que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativo, según lo indicado por el individuo que exhibe cuatro (o más) de los siguientes en un período de 12 meses: 1. Necesita jugar con cantidades crecientes de dinero para poder lograr la excitación deseada.

2. Está inquieto o irritable cuando intenta reducir o dejar de jugar.
 3. Ha realizado repetidos esfuerzos fallidos para controlar, reducir o detener juego.
 4. Suele estar preocupado por los juegos de azar (p. ej., tiene pensamientos persistentes de revivir experiencias pasadas de juegos de apuestas, perjudicar o planificar la próxima aventura, pensar en formas de obtener dinero con el que jugar).
 5. A menudo juega cuando se siente angustiado (p. ej., indefenso, culpable, ansioso, deprimido).
 6. Después de perder dinero en el juego, a menudo regresa otro día para desquitarse ("perseguir" las propias pérdidas).
 7. Miente para ocultar el alcance de su participación en los juegos de azar.
 8. Ha puesto en peligro o perdido una relación importante, un trabajo, una oportunidad educativa o profesional debido al juego.
 9. Confía en que otros le proporcionen dinero para aliviar situaciones financieras desesperadas causadas por el juego.
- B. La conducta de juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

Especifique

si: **Episódico:** cumple con los criterios de diagnóstico en más de un punto temporal, con síntomas que desaparecen entre períodos de ludopatía durante al menos varios meses.

Persistente: experimentar síntomas continuos para cumplir con los criterios de diagnóstico durante varios años.

Especificificar

si: **En remisión temprana:** después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno del juego, ninguno de los criterios para el trastorno del juego se cumplió durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses.

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno del juego, ninguno de los criterios para el trastorno del juego se cumplió durante un período de 12 meses o más.

Especifique la gravedad actual:

Leve: 4-5 criterios cumplidos.

Moderado: 6-7 criterios cumplidos.

Grave: se cumplieron 8-9 criterios.

662

Nota: Aunque algunas condiciones del comportamiento que no involucran la ingestión de sustancias tienen similitudes con los trastornos relacionados con sustancias, solo un trastorno, el trastorno del juego, tiene datos suficientes para ser incluido en esta sección.

Especificadores

La gravedad se basa en el número de criterios respaldados. Las personas con un trastorno leve del juego pueden exhibir solo 4 o 5 de los criterios, y los criterios respaldados con mayor frecuencia generalmente están relacionados con la preocupación por el juego y la "persecución" de pérdidas. Las personas con un trastorno del juego moderadamente grave exhiben más de los criterios (es decir, 6-7). Las personas con la forma más grave exhibirán todos o la mayoría de los nueve criterios (es decir, 8-9).

Poner en peligro las relaciones o las oportunidades profesionales debido al juego y confiar en que otros proporcionen dinero para las pérdidas del juego suelen ser los criterios respaldados con menos frecuencia y ocurren con mayor frecuencia entre las personas con un trastorno del juego más grave.

Además, las personas que se presentan para el tratamiento del trastorno del juego suelen tener formas moderadas a graves del trastorno.

Características diagnósticas

El juego implica arriesgar algo de valor con la esperanza de obtener algo de mayor valor. En muchas culturas, las personas apuestan en juegos y eventos, y la mayoría lo hace sin experimentar problemas. Sin embargo, algunas personas desarrollan un deterioro sustancial relacionado con sus conductas de juego. La característica esencial del trastorno del juego es un comportamiento de juego desadaptativo persistente y recurrente que interrumpe las actividades personales, familiares y/o vocacionales (Criterio A). El trastorno del juego se define como un grupo de cuatro o más de los síntomas enumerados en el Criterio A que ocurren en cualquier momento en el mismo período de 12 meses.

Puede desarrollarse un patrón de "perseguir las propias pérdidas", con una necesidad urgente de seguir jugando (a menudo haciendo apuestas más grandes o asumiendo mayores riesgos) para deshacer una pérdida o una serie de pérdidas. El individuo puede abandonar una estrategia de juego y tratar de recuperar las pérdidas de una sola vez. Aunque muchos jugadores pueden "perseguir" durante períodos cortos de tiempo, es la "persecución" frecuente, y a menudo a largo plazo, lo que es característico del trastorno del juego (Criterio A6). Las personas pueden mentir a familiares, terapeutas u otras personas para ocultar el alcance de su participación en el juego; estos casos de engaño también pueden incluir, entre otros, el encubrimiento de conductas ilegales como la falsificación, el fraude, el robo o la malversación para obtener dinero con el que apostar (Criterio A7). Las personas también pueden involucrarse en un comportamiento de "rescate", recurriendo a la familia u otras personas en busca de ayuda con una situación financiera desesperada causada por el juego (Criterio A9).

En algunos casos, los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico para el trastorno del juego pueden ocurrir como una consecuencia fisiológica directa de tomar medicamentos dopaminérgicos, como los que se usan para tratar la enfermedad de Parkinson. Cuando tales síntomas son inducidos por un medicamento, estos casos serían diagnosticados como ludopatía.

Funciones asociadas

Las distorsiones en el pensamiento (p. ej., negación, supersticiones, una sensación de poder y control sobre el resultado de eventos fortuitos, exceso de confianza) pueden estar presentes en individuos con ludopatía. Muchas personas con trastornos del juego creen que el dinero es tanto la causa como la solución a sus problemas. Algunas personas con ludopatía son impulsivas, competitivas, energéticas, inquietas y se aburren con facilidad; pueden estar demasiado preocupados por la aprobación de los demás y pueden ser generosos hasta el punto de la extravagancia cuando ganan. Otros individuos con ludopatía están deprimidos y solos, y pueden jugar cuando se sienten impotentes, culpables o deprimidos.

Predominio

La tasa de prevalencia del último año del trastorno del juego es de aproximadamente 0,2 % a 0,3 % en la población general de EE. UU., con un rango de 0,1 % a 0,7 % observado en estudios internacionales. En el

663

población general de EE. UU., la tasa de prevalencia de por vida es de aproximadamente 0,4% a 1,0%. Para las mujeres, la tasa de prevalencia del trastorno del juego a lo largo de la vida es de alrededor del 0,2 %, y para los hombres es de alrededor del 0,6 %. La prevalencia de 12 meses del trastorno del juego según el DSM-5 varía entre grupos etnoraciales en los Estados Unidos: es del 0,52 % en afroamericanos, del 0,25 % en latinos y del 0,23 % en blancos no latinos.

Desarrollo y Curso

El inicio del trastorno del juego puede ocurrir durante la adolescencia o la adultez temprana, pero en otros individuos se manifiesta durante la adultez media o incluso mayor. Generalmente, el trastorno del juego se desarrolla a lo largo de los años, aunque la progresión parece ser más rápida en las mujeres que en los hombres. Los datos nacionales de los Estados Unidos y Canadá muestran que la mayoría de las personas que desarrollan un trastorno del juego muestran un patrón de juego que aumenta gradualmente tanto en la frecuencia como en la cantidad de apuestas. Ciertamente, las formas más leves pueden convertirse en casos más graves. La mayoría de las personas con trastorno del juego informan que uno o dos tipos de juego son más problemáticos para ellos, aunque algunas personas participan en muchas formas de juego. Es probable que las personas participen en ciertos tipos de juegos de azar (p. ej., comprar boletos de raspar todos los días) con más frecuencia que otros (p. ej., jugar a las máquinas tragamonedas o al blackjack en el casino semanalmente). La frecuencia del juego puede estar más relacionada con el tipo de juego que con la gravedad del trastorno general del juego. Por ejemplo, comprar un solo boleto de raspar cada día puede no ser problemático, mientras que el casino, los deportes o los juegos de cartas menos frecuentes pueden ser parte de un trastorno del juego. Del mismo modo, las cantidades de dinero gastadas en apuestas no son en sí mismas indicativas de un trastorno del juego. Algunas personas pueden apostar miles de dólares por mes y no tener problemas con el juego, mientras que otras pueden apostar cantidades mucho más pequeñas pero experimentan importantes dificultades relacionadas con el juego.

Los patrones de juego pueden ser regulares o episódicos, y el trastorno del juego puede ser persistente o estar en remisión. El juego puede aumentar durante períodos de estrés o depresión y durante períodos de consumo de sustancias o abstinencia. Puede haber períodos de mucho juego y problemas graves, períodos de abstinencia total y períodos de juego sin problemas. El trastorno del juego a veces se asocia con remisiones espontáneas a largo plazo. Sin embargo, algunas personas subestiman su vulnerabilidad para desarrollar el trastorno del juego o para recaer después de la remisión. Cuando están en un período de remisión, pueden suponer incorrectamente que no tendrán problemas para regular el juego y que pueden participar en algunas formas de juego sin problemas, solo para experimentar una recaída del trastorno del juego.

La expresión temprana del trastorno del juego es más común entre los hombres jóvenes (de 18 a 21 años) que entre las mujeres jóvenes. Las personas que comienzan a jugar en la juventud a menudo lo hacen con familiares o amigos. El desarrollo del trastorno del juego en la vida temprana parece estar asociado con la impulsividad y el abuso de sustancias. Los juegos de azar por Internet se han relacionado con los juegos de azar riesgosos y problemáticos entre los jóvenes y pueden llevarse a cabo de una manera más aislada (es decir, sin pares). Algunas características de los videojuegos (p. ej., cajas de botín o cajas de botín que contienen premios determinados por casualidad que pueden ser de mayor o menor valor o conveniencia) se superponen con el comportamiento del juego y pueden influir en el curso del trastorno del juego. Muchos estudiantes de secundaria y universitarios que desarrollan el trastorno del juego superan el trastorno con el tiempo, aunque para algunos sigue siendo un problema de por vida. El inicio de la adicción al juego en la mediana edad y en la vejez es más común entre las mujeres que entre los hombres.

Hay variaciones de edad y género en el tipo de actividades de juego y las tasas de prevalencia del trastorno del juego. El trastorno del juego en los Estados Unidos es más común entre las personas jóvenes y de mediana edad que entre los adultos mayores. Entre los adultos jóvenes estadounidenses (de 18 a 21 años), el trastorno es más frecuente en hombres jóvenes que en mujeres jóvenes. Las personas más jóvenes prefieren diferentes formas de juego (p. ej., apuestas deportivas), mientras que los adultos mayores tienen más probabilidades de desarrollar problemas con las máquinas tragamonedas y el bingo. Aunque las proporciones de personas que buscan tratamiento para el trastorno del juego son bajas en todos los grupos de edad en los Estados Unidos, es especialmente poco probable que las personas más jóvenes se presenten para recibir tratamiento.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los juegos de azar que comienzan en la niñez o en la adolescencia temprana se asocian con mayores tasas de trastornos del juego. El trastorno del juego también parece agregarse al trastorno de personalidad antisocial, los trastornos depresivos y bipolares, y otros trastornos por consumo de sustancias, en particular el trastorno por consumo de alcohol.

Genético y fisiológico. El trastorno del juego puede acumularse en las familias, y este efecto parece estar relacionado con factores tanto ambientales como genéticos. Los problemas de juego son más frecuentes en los gemelos monocigóticos que en los digicóticos. El trastorno del juego también es más frecuente entre los familiares de primer grado de personas con trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave que entre la población general.

Modificadores de curso. Es probable que muchas personas, incluidos los adolescentes y adultos jóvenes, resuelvan sus problemas con el trastorno del juego con el tiempo, aunque un fuerte predictor de futuros problemas con el juego son los problemas previos con el juego. Se ha encontrado que la psicopatología, incluidos los trastornos de ansiedad/déficit de atención e hiperactividad, está asociada con un mayor riesgo de aparición de trastornos del juego entre quienes juegan y con la persistencia de los síntomas del trastorno del juego a lo largo del tiempo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Los tipos de actividades de juego varían según los contextos culturales y los grupos etnoraciales (p. ej., paita, peleas de gallos, blackjack, carreras de caballos). Algunas poblaciones indígenas en Canadá, Nueva Zelanda y los Estados Unidos tienen altas tasas de prevalencia de problemas con el juego, posiblemente relacionados con oportunidades económicas limitadas, la expectativa de que el juego puede ayudar a promover objetivos sociales y la ubicación de los casinos en algunas tierras tribales de los EE. UU. Las personas nacidas en los Estados Unidos tienen tasas más altas de problemas con el juego que los inmigrantes de primera generación en los Estados Unidos. El respaldo de los criterios de trastornos específicos puede variar entre los grupos etnoraciales. Por ejemplo, entre las personas con problemas de juego, es menos probable que los estadounidenses de origen asiático respalden la preocupación por el juego (Criterio A4) en comparación con otros grupos, mientras que los afroamericanos y latinos pueden ser más propensos a respaldar los esfuerzos fallidos repetidos para controlar el juego (Criterio A3).

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Los hombres desarrollan el trastorno del juego a un ritmo más alto que las mujeres, aunque esta brecha de género puede estar reduciéndose. Los datos de las poblaciones que buscan tratamiento han sugerido que las mujeres pueden desarrollar problemas con el juego más rápidamente después del inicio del juego (lo que se conoce como telescoping), aunque los datos de la población general sugieren que los hombres progresan más rápidamente hacia el juego desordenado que las mujeres. Aunque las mujeres buscan tratamiento antes que los hombres, las tasas de búsqueda de tratamiento en las encuestas nacionales de EE. UU. son bajas (< 10 %) entre las personas con ludopatía, independientemente del género.

Las mujeres pueden apostar como un enfoque desadaptativo del afecto negativo, mientras que los hombres pueden apostar más por la emoción de hacerlo. En comparación con los hombres, las mujeres también pueden experimentar más vergüenza relacionada con el juego. Los hombres tienden a apostar en diferentes formas de juego que las mujeres, siendo las cartas, los deportes y los juegos de carreras de caballos más frecuentes entre los hombres, y las máquinas tragamonedas y el bingo son más comunes entre las mujeres. Las mujeres con ludopatía son más propensas que los hombres con ludopatía a tener trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

En un estudio realizado en los EE. UU., hasta la mitad de las personas en tratamiento por trastorno del juego en Connecticut reportaron pensamientos suicidas y alrededor del 17 % reportaron intentos de suicidio. Un estudio de registro nacional en Suecia mostró que, en comparación con las personas sin ludopatía, las personas de 20 a 74 años con ludopatía tienen una tasa de mortalidad por suicidio 15 veces mayor.

Consecuencias funcionales del trastorno del juego Las áreas del

funcionamiento psicosocial, de la salud y de la salud mental pueden verse afectadas negativamente por el trastorno del juego. Específicamente, las personas con ludopatía pueden, debido a su participación en el juego, poner en peligro o perder relaciones importantes con familiares o amigos. Dichos problemas pueden ocurrir por mentir repetidamente a otros para encubrir el alcance del juego o por solicitar dinero que se usa para jugar o para pagar deudas de juego. Las actividades laborales o educativas también pueden verse afectadas negativamente por el trastorno del juego; El ausentismo o el bajo rendimiento laboral o escolar pueden ocurrir con el trastorno del juego, ya que las personas pueden jugar durante el horario laboral o escolar o estar preocupados por el juego o sus consecuencias adversas cuando deberían estar trabajando o estudiando. Las personas con ludopatía en una muestra nacional de EE. UU. tenían una salud general deficiente y utilizaban los servicios médicos con mucha frecuencia.

Diagnóstico diferencial

Juego no desordenado. El trastorno del juego debe distinguirse del juego profesional y social. En el juego profesional, los riesgos son limitados y la disciplina es fundamental. El juego social generalmente ocurre con amigos o colegas y dura un período de tiempo limitado, con pérdidas aceptables. Algunas personas pueden experimentar problemas asociados con el juego (p. ej., comportamiento de persecución a corto plazo y pérdida de control) que no cumplen todos los criterios para el trastorno del juego.

Episodio maníaco. La pérdida del juicio y el juego excesivo pueden ocurrir durante un episodio maníaco. Se debe dar un diagnóstico adicional de trastorno del juego solo si la conducta de juego no se explica mejor por episodios maníacos (p. ej., un historial de conducta de juego desadaptativa en momentos que no sean durante un episodio maníaco).

Alternativamente, un individuo con trastorno del juego puede, durante un período de juego, exhibir un comportamiento que se asemeja a un episodio maníaco, pero una vez que el individuo se aleja del juego, estas características maníacas se disipan.

Desorden de personalidad. Los problemas con el juego pueden ocurrir en personas con trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de personalidad. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden diagnosticar ambos.

Síntomas de juego debido a medicamentos dopaminérgicos. Alguno individuos tomar medicamentos dopaminérgicos (p. ej., para la enfermedad de Parkinson) puede experimentar impulsos de jugar que pueden ser lo suficientemente angustiantes o perjudiciales para cumplir con los criterios para el trastorno del juego. En tales casos, estaría justificado un diagnóstico de trastorno del juego.

Comorbilidad El

trastorno del juego se asocia con una mala salud general. Además, algunas condiciones médicas específicas, como la taquicardia y la angina, son más comunes entre las personas con ludopatía que en la población general, incluso cuando se controlan otros trastornos por uso de sustancias, incluido el trastorno por uso de tabaco. En las encuestas nacionales de EE. UU., las personas con ludopatía tienen altas tasas de comorbilidad con otros trastornos mentales, como trastornos por uso de sustancias, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad. En algunos individuos, otros trastornos mentales pueden preceder al trastorno del juego y estar ausentes o presentes durante la manifestación del trastorno del juego. El trastorno del juego también puede ocurrir antes del inicio de otros trastornos mentales, especialmente los trastornos bipolares y relacionados, los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias. En una encuesta nacional de EE. UU., en aproximadamente las tres cuartas partes de los casos de personas con ludopatía y otro trastorno mental, otra psicopatología precedió a la ludopatía.

Trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos (ENT) comienzan con el delirio, seguidos por los síndromes de ENT mayor, ENT leve y sus subtipos etiológicos. Los subtipos de ENT principales o leves son ENT debido a la enfermedad de Alzheimer; ENT vascular; NCD con cuerpos de Lewy; ENT debido a la enfermedad de Parkinson; ENT frontotemporal; ENT por lesión cerebral traumática; ENT debido a la infección por el VIH; ENT inducida por sustancias/medicamentos; ENT por enfermedad de Huntington; ENT por enfermedad priónica; NCD debido a otra condición médica; ENT por múltiples etiologías; y ENT no especificadas. La categoría de ENT abarca el grupo de trastornos en los que el déficit clínico primario está en la función cognitiva y que son adquiridos en lugar del desarrollo. Aunque los déficits cognitivos están presentes en muchos, si no en todos, los trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia, trastornos bipolares), solo los trastornos cuyas características principales son cognitivas se incluyen en la categoría de ENT. Las ENT son aquellas en las que el deterioro de la cognición no ha estado presente desde el nacimiento o desde una edad muy temprana y, por lo tanto, representa una disminución de un nivel de funcionamiento previamente alcanzado.

Las ENT son únicas entre las categorías del DSM-5 en el sentido de que son síndromes para los cuales se puede determinar potencialmente la patología subyacente y, con frecuencia, también la etiología. Las diversas entidades patológicas subyacentes han sido objeto de una extensa investigación, experiencia clínica y consenso de expertos sobre los criterios de diagnóstico. Los criterios del DSM-5 para estos trastornos se han desarrollado en estrecha consulta con los grupos de expertos para cada una de las entidades de la enfermedad y se alinean lo más posible con los criterios de consenso actuales para cada uno de ellos. La utilidad potencial de los biomarcadores también se discute en relación con el diagnóstico. La demencia se incluye en la nueva entidad denominada **trastorno neurocognitivo mayor**, aunque no se excluye el uso del término **demencia** en los subtipos etiológicos en los que ese término es estándar. Además, el DSM-5 reconoce una menor gravedad

nivel de deterioro cognitivo, **trastorno neurocognitivo leve**, que también puede ser un foco de atención. Se proporcionan criterios diagnósticos para estas dos entidades sindrómicas, seguidos de criterios diagnósticos para los diferentes subtipos etiológicos. Varias de las ENT con frecuencia coexisten entre sí, y sus relaciones pueden caracterizarse de forma múltiple bajo diferentes subtítulos de capítulos, que incluyen "Diagnóstico diferencial" (p. ej., ENT debido a la enfermedad de Alzheimer frente a ENT vascular), "Factores de riesgo y pronóstico" (p. ej., patología vascular que aumenta la expresión clínica de la enfermedad de Alzheimer), o "Comorbilidad" (p. ej., enfermedad de Alzheimer mixta-patología vascular).

El término **demencia** se conserva en el DSM-5 por razones de continuidad y puede usarse en entornos donde los médicos y los pacientes están acostumbrados a este término. Aunque la demencia es el término habitual para trastornos como las demencias degenerativas que suelen afectar a los adultos mayores, el término **trastorno neurocognitivo** se usa ampliamente y, a menudo, se prefiere para las afecciones que afectan a las personas más jóvenes, como el deterioro secundario a una lesión cerebral traumática o infección por VIH. Además, la definición de ENT mayor es algo más amplia que el término **demencia**, en el sentido de que se puede hacer un diagnóstico de ENT mayor si hay un deterioro cognitivo significativo en un solo dominio cognitivo, mientras que un diagnóstico de demencia en ICD-10 y ICD-11 (y anteriormente en DSM-IV) requiere múltiples déficits cognitivos. Por lo tanto, los casos que calificarían en ICD 10 e ICD-11 (y anteriormente DSM-IV) para un diagnóstico de trastorno amnésico (deterioro de la memoria en ausencia de otros déficits cognitivos) se diagnostican como NCD mayor en DSM-5.

668

Dominios neurocognitivos Los criterios para las diversas ENT se basan en dominios cognitivos definidos.

La Tabla 1 proporciona para cada uno de los dominios clave una definición de trabajo, ejemplos de síntomas u observaciones con respecto a las deficiencias en las actividades cotidianas y ejemplos de evaluaciones. Los dominios así definidos, junto con las pautas para los umbrales clínicos, forman la base sobre la cual se pueden diagnosticar las ENT, sus niveles y sus subtipos.

TABLA 1 Dominios neurocognitivos

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Atención compleja (atención sostenida, atención dividida, atención selectiva, velocidad de procesamiento)	<p>Mayor: Tiene mayor dificultad en ambientes con múltiples estímulos (TV, radio, conversación); se distrae fácilmente con los eventos que compiten en el entorno. No puede asistir a menos que la entrada esté restringida y simplificada. Tiene dificultad para recordar información nueva, como recordar números de teléfono o direcciones que acaba de dar, o informar lo que acaba de decir. Es incapaz de realizar cálculos mentales. Todo el pensamiento lleva más tiempo de lo habitual, y los componentes a procesar deben simplificarse a uno o unos pocos.</p> <p>Leve: Las tareas normales toman más tiempo que antes. Comienza a encontrar errores en tareas rutinarias; encuentra que el trabajo necesita más verificación doble que antes. Pensar es más fácil cuando no se compite con otras cosas (radio, TV, otras conversaciones, celular, manejar).</p>	<p>Atención sostenida: mantenimiento de la atención a lo largo del tiempo (p. ej., presionar un botón cada vez que se escucha un tono y durante un período de tiempo).</p> <p>Atención selectiva: mantenimiento de la atención a pesar de estímulos competitivos o distractores: escuchar números y letras leídas y pedir que cuenten solo letras.</p> <p>Atención dividida: prestar atención a dos tareas en el mismo período de tiempo: hacer tapping rápidamente mientras se aprende una historia que se lee. La velocidad de procesamiento se puede cuantificar en cualquier tarea cronometrándola (p. ej., tiempo para armar un diseño de bloques; tiempo para relacionar símbolos con números; velocidad de respuesta, como velocidad de conteo o velocidad de serie 3).</p>

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
<p>Función ejecutiva (planificación, toma de decisiones, memoria de trabajo, respuesta a comentarios/corrección de errores, anulación de hábitos/inhibición, flexibilidad mental)</p>	<p>Mayor: Abandona proyectos complejos. Necesita concentrarse en una tarea a la vez. Necesita depender de otros para planificar actividades instrumentales de la vida diaria o tomar decisiones.</p> <p>Leve: Se requiere un mayor esfuerzo para proyectos completos de varias etapas. Tiene mayor dificultad para realizar múltiples tareas o dificultad para reanudar una tarea interrumpida por un visitante o una llamada telefónica. Puede quejarse de un aumento de la fatiga por el esfuerzo adicional requerido para organizar, planificar y tomar decisiones. Puede informar que las grandes reuniones sociales son más exigentes o menos placenteras debido al mayor esfuerzo requerido para seguir conversaciones cambiantes.</p>	<p>Planificación: Habilidad para encontrar la salida a un laberinto; interpretar una imagen secuencial o la disposición de un objeto.</p> <p>Toma de decisiones: Realización de tareas que evalúan el proceso de decisión frente a alternativas en competencia (por ejemplo, juegos de azar simulados).</p> <p>Memoria de trabajo: Habilidad para sostener información por un período breve y manipularla (p. ej., sumar una lista de números o repetir una serie de números o palabras hacia atrás).</p> <p>Retroalimentación/utilización de errores: capacidad de beneficiarse de la retroalimentación para inferir las reglas para resolver un problema.</p> <p>Hábitos anulados/inhibición: Habilidad para elegir una solución más compleja y esforzada para ser correcta (p. ej., apartar la mirada de la dirección indicada por una flecha; nombrar el color de la fuente de una palabra en lugar de nombrar la palabra).</p> <p>Flexibilidad mental/cognitiva: Habilidad para cambiar entre dos conceptos, tareas o reglas de respuesta (p. ej., de número a letra, de verbal a respuesta de pulsación de tecla, de sumar números a ordenar números, de ordenar objetos por tamaño a ordenar por color) .</p>

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
<p>670</p> <p>Aprendizaje y memoria (memoria inmediata, memoria reciente [incluyendo recuerdo libre, recuerdo con claves y memoria de reconocimiento], memoria a muy largo plazo [semántica; autobiográfica], aprendizaje implícito)</p>	<p>Mayor: se repite en una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. No puede realizar un seguimiento de la lista corta de artículos cuando compra o de los planes para el día.</p> <p>Requiere recordatorios frecuentes para orientarse a la tarea en cuestión.</p> <p>Leve: tiene dificultad para recordar eventos recientes y depende cada vez más de la elaboración de listas o el calendario. Necesita recordatorios ocasionales o relecturas para realizar un seguimiento de los personajes de una película o novela.</p> <p>Ocasionalmente puede repetirse durante unas pocas semanas a la misma persona. Pierde la noción de si las facturas ya se han pagado.</p> <p>Nota: Excepto en formas graves de trastorno neurocognitivo mayor, el aprendizaje semántico, autobiográfico e implícito está relativamente conservado, en comparación con la memoria reciente.</p>	<p>Capacidad de memoria inmediata: Habilidad para repetir una lista de palabras o dígitos.</p> <p>Nota: La memoria inmediata a veces se subsume bajo "memoria de trabajo" (ver "Función ejecutiva").</p> <p>Memoria reciente: Evalúa el proceso de codificación de nueva información (p. ej., listas de palabras, una historia breve o diagramas). Los aspectos de la memoria reciente que se pueden evaluar incluyen 1) recuerdo libre (se le pide al individuo que recuerde tantas palabras, diagramas o elementos de una historia como sea posible); 2) recuerdo con claves (el examinador ayuda a recordar proporcionando claves semánticas como "Haga una lista de todos los alimentos en la lista" o "Nombre a todos los niños de la historia"); y 3) memoria de reconocimiento (el examinador pregunta sobre elementos específicos, por ejemplo, "¿Estaba 'manzana' en la lista?" o "¿Viste este diagrama o figura?").</p> <p>Otros aspectos de la memoria que se pueden evaluar incluyen la memoria semántica (memoria de hechos), la memoria autobiográfica (memoria de eventos personales o personas) y el aprendizaje implícito (procedimiento) (aprendizaje inconsciente de habilidades).</p>

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
<p>Lenguaje (lenguaje expresivo [incluyendo nombres, búsqueda de palabras, fluidez y gramática y sintaxis] y lenguaje receptivo)</p>	<p>Mayor: Tiene dificultades significativas con el lenguaje expresivo o receptivo. A menudo usa frases de uso general como "esa cosa" y "sabes lo que quiero decir", y prefiere los pronombres generales en lugar de los nombres. Con una discapacidad severa, es posible que ni siquiera recuerde los nombres de amigos y familiares más cercanos. Ocurren usos idiosincrásicos de palabras, errores gramaticales y espontaneidad en la producción y economía de las expresiones.</p> <p>Se produce estereotipia del habla; la ecolalia y el habla automática suelen preceder al mutismo.</p> <p>Leve: Tiene una dificultad notable para encontrar palabras. Puede sustituir términos generales por términos específicos. Puede evitar el uso de nombres específicos de conocidos. Los errores gramaticales implican una omisión sutil o un uso incorrecto de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etc.</p>	<p>Lenguaje expresivo: denominación de confrontación (identificación de objetos o imágenes); fluidez (p. ej., nombrar tantos elementos como sea posible en una categoría semántica [p. ej., animales] o fonémica [p. ej., palabras que comienzan con "f"] en 1 minuto).</p> <p>Gramática y sintaxis (p. ej., omisión o uso incorrecto de artículos, preposiciones, verbos auxiliares): los errores observados durante las pruebas de denominación y fluidez se comparan con las normas para evaluar la frecuencia de los errores y compararlos con los lapsus normales.</p> <p>Lenguaje receptivo: Comprensión (definición de palabras y tareas de señalar objetos que implican estímulos animados e inanimados): realización de acciones/actividades de acuerdo con órdenes verbales.</p>

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
<p>671</p> <p>Perceptivo-motor (incluye habilidades subsumidas bajo los términos percepción visual, visuoconstruccional, perceptivo-motor, praxis y gnosis)</p>	<p>Mayor: Tiene dificultades significativas con actividades previamente conocidas (uso de herramientas, conducción de vehículos motorizados), navegación en entornos familiares; a menudo se confunde más al anochecer, cuando las sombras y la disminución de los niveles de luz cambian las percepciones.</p> <p>Leve: puede necesitar confiar más en los mapas u otros para obtener instrucciones. Usa notas y sigue a otros para llegar a un lugar nuevo. Puede encontrarse perdido o volcado cuando no se concentra en la tarea. Es menos preciso en el estacionamiento. Necesita gastar más esfuerzo para tareas espaciales como carpintería, ensamblaje, costura o tejido.</p>	<p>Percepción visual: bisección de línea Las tareas se pueden utilizar para detectar defectos visuales básicos o negligencia atencional. Las tareas perceptivas no motoras (incluido el reconocimiento facial) requieren la identificación y/o coincidencia de figuras, mejor cuando las tareas no se pueden medir verbalmente (p. ej., las figuras no son objetos); algunos requieren la decisión de si una figura puede ser "real" o no en función de la dimensionalidad.</p> <p>Visuoconstruccional: ensamblaje de elementos que requieren coordinación mano-ojo, como dibujar, copiar y ensamblar bloques.</p> <p>Perceptivo-motor: Integrar la percepción con un movimiento determinado (p. ej., insertar bloques en un tablero de forma sin indicaciones visuales; insertar rápidamente clavijas en un tablero ranurado).</p> <p>Praxis: Integridad de lo aprendido movimientos, como la capacidad de imitar gestos (adiós con la mano) o el uso de pantomimas de objetos para ordenar ("Muéstrame cómo usarías un martillo").</p> <p>Gnosis: Integridad perceptual de conciencia y reconocimiento, como el reconocimiento de rostros y colores.</p>

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Cognición social (reconocimiento de emociones, teoría de la mente)	<p>Mayor: Comportamiento claramente fuera de rango social aceptable; muestra Identificación de la emoción en la insensibilidad a los estándares sociales de imágenes de rostros, empleo expresión política, maledicencia, excesiva desaceleración, ignorancia. expresión política, maledicencia, excesiva desaceleración, ignorancia.</p> <p>Leve: tiene cambios sutiles en el comportamiento o la actitud, a menudo descritos como un cambio en la personalidad, como una menor capacidad para reconocer señales sociales o leer expresiones faciales, disminución de la empatía, mayor extraversión o introversión, disminución de la inhibición o apatía o inquietud sutiles o episódicas.</p>	<p>Reconocimiento de emociones: puede tener más interés en las intenciones y las emociones de los demás. intenciones) o intención conductual sin experiencia: tarjetas de historias con respecto a familiares o amigos, preguntas para obtener información Toma decisiones retratadas, como ropa para el clima o ¿Por qué el niño es perspicaz en estos cambios? ¿triste?"</p>

672

Delirio

Criterios de diagnóstico

- A. Una alteración en la atención (es decir, capacidad reducida para dirigir, enfocar, sostener y cambiar la atención) acompañada de una conciencia reducida del entorno.

- B. La alteración se desarrolla en un período corto de tiempo (por lo general, de horas a unos pocos días), representa un cambio de la atención y la conciencia de referencia, y tiende a fluctuar en severidad durante el transcurso del día.
- C. Una alteración adicional en la cognición (p. ej., déficit de memoria, desorientación, lenguaje, capacidad visuoespacial o percepción).
- D. Las alteraciones en los Criterios A y C no se explican mejor por otro trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en ~~evolución y el~~ contexto de un nivel de excitación gravemente reducido, como el coma.
- E. Hay evidencia de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, intoxicación o abstinencia de sustancias (es decir, debido a una droga de abuso o a un medicamento), o exposición a una toxina, o se debe a múltiples etiologías.

Especificar

si: **Aguda:** Dura unas pocas horas o días.

Persistente: Que dura semanas o meses.

Especificar si:

Hiperactivo: el individuo tiene un nivel hiperactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de labilidad del estado de ánimo, agitación y/o negativa a cooperar con el médico.
cuidado.

Hipoactivo: el individuo tiene un nivel hipoactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de lentitud y letargo que se aproxima al estupor.

Nivel mixto de actividad: el individuo tiene un nivel normal de actividad psicomotora aunque la atención y la conciencia están alteradas. También incluye a las personas cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

Especifique si:

Delirio por intoxicación por sustancias: este diagnóstico debe hacerse en lugar de intoxicación por sustancias cuando los síntomas de los Criterios A y C predominan en el cuadro clínico y cuando son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para el delirio de intoxicación por [sustancia específica] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el delirio por intoxicación por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1" y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes del delirio por intoxicación por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con delirio de intoxicación por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el delirio por intoxicación por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]", según la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después de un uso intenso de la sustancia por única vez), entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el delirio de intoxicación por sustancias.

673

CIE-10-CM

Delirio de intoxicación por sustancias	con moderado o uso severo trastorno		
	Con trastorno por consumo leve	uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Alcohol	F10.121	F10.221	F10.921
Canabis	F12.121	F12.221	F12.921
fenciclidina	F16.121	F16.221	F16.921

CIE-10-CM

Otro alucinógeno	F16.121	F16.221	F16.921
Inhalador	F18.121	F18.221	F18.921
opioide	F11.121	F11.221	F11.921
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.121	F13.221	F13.921
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaína	F14.121	F14.221	F14.921
Otra sustancia (o desconocida)	F19.121	F19.221	F19.921

Delirio por abstinencia de sustancias: este diagnóstico debe hacerse en lugar de la abstinencia de sustancias cuando los síntomas de los Criterios A y C predominan en el cuadro clínico y cuando son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos ICD-10-CM para el delirio por abstinencia de [sustancia específica] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. Si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el delirio por abstinencia de sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1" y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes del delirio por abstinencia de sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de alcohol con delirio de abstinencia alcohólica"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el delirio por abstinencia de sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]", según la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después del uso regular de una sustancia ansiolítica tomada según lo prescrito), entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el delirio por abstinencia de la sustancia.

CIE-10-CM

Delirio por abstinencia de sustancias	Con trastorno por consumo leve	con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Alcohol	F10.131	F10.231	F10.931
opioide	F11.188	F11.288	F11.988
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.131	F13.231	F13.931
Otra sustancia (o desconocida)	F19.131	F19.231	F19.931

674

Delirio inducido por medicamentos: este diagnóstico se aplica cuando los síntomas de los Criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento que se toma según lo prescrito.

Codificar delirio inducido por [medicamento específico]: **F11.921** opioide tomado según prescripción (o **F11.988** si durante la abstinencia de opioide tomado según prescripción); **F12.921** agonista del receptor de cannabis farmacéutico tomado según lo prescrito; **F13.921** sedantes, hipnóticos o ansiolíticos tomados según prescripción (o **F13.931** si durante la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos tomados según prescripción); **F15.921** sustancia de tipo anfetamínico u otro estimulante tomado según prescripción médica; **F16.921** ketamina u otro alucinógeno tomado según prescripción médica o por razones médicas; **F19.921** para medicamentos que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona) y en casos en los que se considera que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia (o **F19.931** si durante la abstinencia de medicamentos que no encajan en ninguna de las clases, tomados según lo prescrito).

F05 Delirio debido a otra condición médica: Hay evidencia de la historia clínica, examen físico o hallazgos de laboratorio de que la alteración es atribuible a las consecuencias fisiológicas de otra condición médica.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del delirio (p. ej., F05 delirio debido a encefalopatía hepática). La otra afección médica también debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del delirio debido a otra afección médica (p. ej., K72.90 encefalopatía hepática; F05 delirio debido a encefalopatía hepática).

F05 Delirio debido a múltiples etiologías: hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que el delirio tiene más de una etiología (p. ej., más de una afección médica etiológica; otra afección médica más intoxicación por sustancias o efectos secundarios de medicamentos).

Nota de codificación: use múltiples códigos separados que reflejen etiologías específicas del delirio (p. ej., K72.90 encefalopatía hepática; F05 delirio debido a insuficiencia hepática; F10.231 delirio por abstinencia de alcohol). Tenga en cuenta que la afección médica etiológica aparece como un código separado que precede al código de delirio y se sustituye en la rúbrica de delirio debido a otra afección médica.

Procedimientos de registro

Delirio de intoxicación por sustancias. El nombre del delirio por intoxicación por sustancias comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína) que se supone que está causando el delirio. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de droga y la presencia o ausencia de un trastorno por consumo de sustancias comórbido. Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código de "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se debe utilizar la categoría "sustancia desconocida".

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno por consumo de sustancias comórbido (si lo hay) se enumera primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre del delirio por intoxicación por sustancias, seguido del curso (es decir, agudo, persistente), seguido del especificador que indica el nivel de psicomotricidad

actividad (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel mixto de actividad). Por ejemplo, en el caso de delirio por intoxicación hiperactiva aguda que ocurre en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.221 trastorno grave por consumo de cocaína con delirio por intoxicación por cocaína, agudo, hiperactivo. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno por consumo de cocaína grave comórbido. Si el delirio por intoxicación ocurre sin un trastorno por consumo de sustancias comórbido (p. ej., después de un consumo intenso único de la sustancia), no se observa ningún trastorno por consumo de sustancias acompañante (p. ej., F16.921 delirio por intoxicación por fenciclidina, agudo, hipoactivo).

675

Delirio por abstinencia de sustancias. El nombre del delirio por abstinencia de sustancias comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se supone que está causando el delirio por abstinencia. El código de diagnóstico se selecciona de los códigos específicos de la sustancia en la nota de codificación incluida en el conjunto de criterios. Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay) se enumera primero, seguido de la palabra "con", seguido del delirio por abstinencia de sustancias, seguido del curso (es decir, agudo, persistente), seguido de el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, nivel de actividad hiperactivo, hipoactivo, mixto). Por ejemplo, en el caso de delirio de abstinencia hiperactivo agudo que ocurre en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.231 trastorno grave por consumo de alcohol con delirio por abstinencia de alcohol, agudo, hiperactivo. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno por consumo de alcohol grave comórbido.

Delirio inducido por medicamentos. El nombre del delirio inducido por medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., dexametasona) que se supone que causa el delirio. El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente), seguido del especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel mixto de actividad).

Por ejemplo, en el caso de un delirio hiperactivo agudo inducido por medicamentos que ocurre en un hombre que usa dexametasona según lo prescrito, el diagnóstico es F19.921 delirio hiperactivo inducido por dexametasona, agudo.

especificadores

Con respecto al curso, en entornos hospitalarios, el delirio suele durar alrededor de 1 semana, pero algunos síntomas a menudo persisten incluso después de que las personas reciben el alta hospitalaria.

Las personas con delirio pueden cambiar rápidamente entre estados hiperactivos e hipoactivos. El estado hiperactivo puede ser más común o reconocerse con más frecuencia y, a menudo, se asocia con efectos secundarios de medicamentos y abstinencia de fármacos. El estado hipoactivo puede ser más frecuente en adultos mayores y, a menudo, no se reconoce entre las personas mayores en los departamentos de emergencia y hospitalares.

Características diagnósticas

La característica esencial del delirio es un deterioro agudo de la conciencia caracterizado por una alteración en la atención acompañada de una conciencia reducida del entorno, ambas características centrales de la conciencia normal.

Debido a que estos déficits reflejan un estado alterado de conciencia que afecta muchas funciones corticales cerebrales superiores de la corteza cerebral, se acompañan de un cambio con respecto al valor inicial en otras funciones cognitivas que no pueden explicarse mejor por un trastorno neurocognitivo (NCD, por sus siglas en inglés) preexistente o en evolución. La alteración de la atención (Criterio A) se manifiesta por una capacidad reducida para dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención. Las preguntas deben repetirse porque la atención del individuo divaga, o el individuo puede perseverar con una respuesta a una pregunta anterior en lugar de cambiar la atención de manera adecuada. El individuo se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes. La alteración de la conciencia afecta tanto al pensamiento interno como a la percepción, así como la dificultad para dar sentido a lo que sucede en el entorno externo.

La alteración se desarrolla en un período corto de tiempo, por lo general de horas a unos pocos días, y tiende a fluctuar durante el transcurso del día, a menudo con un empeoramiento por la tarde y la noche cuando disminuyen los estímulos orientadores externos (Criterio B). Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es una consecuencia fisiológica de una afección médica subyacente, intoxicación o abstinencia de sustancias, uso de un medicamento o exposición a una toxina, o una combinación de estos factores (Criterio E). La etiología debe codificarse de acuerdo con el subtipo etiológicamente apropiado (es decir, intoxicación por sustancias o medicamentos,

abstinencia de sustancias, otra afección médica o etiologías múltiples).

El delirio a menudo ocurre en el contexto de una ENT subyacente. El deterioro de la función cerebral de las personas con ENT leves y mayores las hace más vulnerables a desarrollar un delirio.

676

Hay un cambio acompañante en al menos otra área que puede incluir memoria y aprendizaje (particularmente memoria reciente), desorientación (particularmente en tiempo y lugar), alteración en el lenguaje (particularmente comprensión semántica), o distorsión perceptiva o un trastorno perceptivo-motor. (Criterio C). Las alteraciones de la percepción que acompañan al delirio incluyen malas interpretaciones, ilusiones o alucinaciones; estas alteraciones son típicamente visuales, pero también pueden ocurrir en otras modalidades, y van desde simples y uniformes hasta altamente complejas.

La atención/excitación normal, el delirio y el coma se encuentran en un continuo. **El coma** se define como un estado de inconsciencia con ausencia de cognición o ciclo de sueño-vigilia, junto con la falta de una respuesta significativa a los estímulos verbales o físicos. El **delirio** es un estado alterado de conciencia en el marco de una corteza cerebral excitada. La capacidad de evaluar la cognición para diagnosticar el delirio depende de que haya un nivel de excitación cortical y de vigilia suficientes para responder a la estimulación verbal; por lo tanto, el delirio no debe diagnosticarse en el contexto del coma (Criterio D). Los individuos estuporosos también tienen un nivel reducido de excitación cerebral, pero no al grado de la inconsciencia completa del coma. El coma y el estupor pueden deberse a afecciones neurológicas o ser inducidos por fármacos, como ocurre con la sedación profunda iatrogénica en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o la anestesia general. Aquellos individuos que muestran solo respuestas mínimas a la estimulación verbal o física son incapaces de participar en intentos de pruebas estandarizadas o incluso de entrevistas. Esta incapacidad para participar debe clasificarse como un trastorno de la excitación, como coma o estupor, y no como delirio. Sin embargo, el delirio puede ser una etapa que sigue a la salida del coma o estupor, especialmente cuando el coma es el resultado de una afección neurológica. Además, la alteración del ciclo sueño-vigilia característica de la alteración del ritmo circadiano en el delirio puede interferir con la evaluación completa del individuo si se encuentra en una fase de sueño, que debe distinguirse de un trastorn

Funciones asociadas

El delirio a menudo se asocia con una alteración en el ciclo de sueño-vigilia. Esta alteración puede incluir somnolencia diurna, agitación nocturna, dificultad para conciliar el sueño, somnolencia excesiva durante el día o vigilia durante la noche. En algunos casos, puede ocurrir una inversión completa del ciclo noche-día-sueño-vigilia. Las alteraciones del ciclo sueño-vigilia son muy frecuentes en el delirio y se han propuesto como criterio central para el diagnóstico.

El individuo con delirio puede presentar trastornos emocionales, como ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia y apatía. Puede haber cambios rápidos e impredecibles de un estado emocional a otro.

El estado emocional perturbado también puede ser evidente al gritar, gritar, maldecir, murmurar, gemir o hacer otros sonidos. Estos comportamientos son especialmente frecuentes durante la noche y en condiciones en las que faltan estímulos y señales ambientales.

Predominio

La prevalencia del delirio es más alta entre las personas mayores hospitalizadas y varía según las características de las personas, el entorno de atención y la sensibilidad del método de detección. Los datos de los Estados Unidos y Finlandia indican que la prevalencia del delirio en la comunidad en general es baja (1% a 2%). La prevalencia es de 8% a 17% en personas mayores que se presentan en los departamentos de emergencia de América del Norte, donde el delirio a menudo indica una enfermedad médica.

Según los datos de varios países, la prevalencia del delirio cuando los individuos ingresan en el hospital oscila entre el 18 % y el 35 %, y las estimaciones de la aparición de delirio durante la hospitalización oscilan entre el 29 % y el 64 % en la población hospitalaria general. A nivel internacional, el delirio ocurre en el 11% al 51% de las personas mayores en el posoperatorio y hasta en el 81% de las que se encuentran en cuidados intensivos. La prevalencia del delirio oscila entre el 20 % y el 22 % en personas que se encuentran en hogares de ancianos o entornos de atención post-aguda y ocurre hasta en el 88 % de las personas con enfermedades terminales al final de la vida. A pesar de tener factores de riesgo más altos para el delirio, como enfermedad cardiovascular, sepsis e insuficiencia respiratoria, los afroamericanos más jóvenes

tendía a tener tasas más bajas de ocurrencia de delirio en comparación con individuos blancos de edad similar en una gran serie de casos de pacientes de UCI en los Estados Unidos.

Desarrollo y curso La mayoría de las

personas con delirio se recuperan por completo con o sin tratamiento, especialmente aquellos que no son ancianos. El delirio puede progresar a estupor, coma, convulsiones o la muerte, especialmente si no se detecta y las causas subyacentes no se tratan.

Cada vez hay más pruebas de que el delirio puede estar asociado en el seguimiento a largo plazo con deterioro cognitivo o ENT importante en los ancianos, particularmente en aquellos con deterioro cognitivo subyacente preexistente. La mortalidad entre las personas hospitalizadas con delirio es alta; hasta 38 a 41 % de las personas con delirio mueren dentro del año posterior al diagnóstico; el riesgo de muerte es particularmente grande entre aquellos con neoplasias malignas y otras enfermedades médicas subyacentes significativas.

Factores de riesgo y pronósticos El

delirio puede aumentar en el contexto de deterioro funcional, deterioro cognitivo preexistente, deterioro sensorial (p. ej., visión/audición), edad avanzada, gravedad de la enfermedad o comorbilidad, infección, depresión, antecedentes de accidente cerebrovascular y antecedentes de consumo de alcohol. . Tanto las ENT mayores como las leves pueden aumentar el riesgo de delirio y complicar el curso. Las caídas pueden ser un resultado del delirio, pero no se considera que sean un factor de riesgo. En un metanálisis de estudios desde 1990 hasta 2016, el uso de anticolinérgicos no fue un predictor validado de delirio.

Las personas mayores son especialmente susceptibles al delirio en comparación con los adultos más jóvenes. Entre los niños, la susceptibilidad al delirio en la infancia y durante la niñez puede estar asociada con una morbilidad y mortalidad infantil significativas, mientras que las personas en la edad adulta temprana hasta la edad adulta media pueden tener menos susceptibilidad al delirio y un menor riesgo de mortalidad.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Los síntomas asociados con el delirio pueden variar en hombres y mujeres. Los hombres manifiestan con mayor frecuencia agitación motora y labilidad afectiva, mientras que las mujeres manifiestan con mayor frecuencia delirio hipoactivo. El sexo masculino es un factor de riesgo para el delirio, y los factores relacionados con el sexo o el género pueden interactuar con otros factores de riesgo.

Marcadores de diagnóstico

Además de los hallazgos de laboratorio característicos de las condiciones médicas subyacentes (o intoxicación o estados de abstinencia), a menudo hay un enlentecimiento theta irregular generalizado en la electroencefalografía, y ocasionalmente se encuentra actividad rápida (p. ej., en algunos casos de delirio por abstinencia de alcohol). Sin embargo, la electroencefalografía no puede detectar el enlentecimiento asociado con el delirio sin compararlo con los ritmos alfa basales premórbidos, a menos que el enlentecimiento esté en el rango de frecuencia anormal theta o delta.

Consecuencias funcionales del delirio

El delirio en sí se asocia con un mayor deterioro funcional y riesgo de internamiento institucional. Las personas hospitalizadas de 65 años o más con delirio tienen un mayor riesgo de malos resultados después del alta, incluida la mortalidad, la institucionalización y la demencia.

Diagnóstico diferencial

Trastornos psicóticos y trastornos bipolares y depresivos con rasgos psicóticos.

El delirio que se caracteriza por alucinaciones vívidas, delirios, trastornos del lenguaje y agitación debe distinguirse del trastorno psicótico breve, la esquizofrenia,

678

trastorno esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos, así como de episodios maníacos o depresivos mayores, con características psicóticas.

Trastorno de estrés agudo. El delirio asociado con miedo, ansiedad y síntomas disociativos, como la despersonalización, debe distinguirse del trastorno de estrés agudo, que es precipitado por la exposición a un evento traumático grave.

Trastorno de simulación y ficticio. El delirio se puede distinguir de estos trastornos sobre la base de la presentación sintomática a menudo atípica en el trastorno ficticio y de simulación y la ausencia de otra afección médica o sustancia que esté etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva.

Otros trastornos neurocognitivos. El problema de diagnóstico diferencial más común cuando se evalúa la confusión en adultos mayores es desentrañar los síntomas del delirio y las ENT importantes. El médico debe determinar si el individuo tiene delirio; un delirio superpuesto a un NCD preexistente, como el debido a la enfermedad de Alzheimer; o un NCD sin delirio. La distinción tradicional entre delirio y ENT mayor según la agudeza del inicio y el curso temporal es particularmente difícil en aquellas personas mayores que tenían una ENT anterior que puede no haber sido reconocida, o que desarrollaron un deterioro cognitivo persistente después de un episodio de delirio. Cuando el delirio y las ENT importantes son comórbidos, generalmente se debe dar prioridad al manejo del delirio.

Otro delirio especificado

R41.0

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del delirio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el delirio o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos neurocognitivos. . La categoría de otro delirio especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios para el delirio o cualquier trastorno neurocognitivo específico. Esto se hace registrando “otro delirio especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “delirio subsindrómico”).

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar utilizando la designación "otro especificado" es el siguiente:

Delirio subsindrómico: una presentación similar al delirio que involucra alteraciones en la atención, el pensamiento de nivel superior y el ritmo circadiano, en la que la gravedad del deterioro cognitivo es inferior a la requerida para el diagnóstico de delirio.

Delirio no especificado

R41.0

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del delirio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el delirio o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos neurocognitivos. . La categoría de delirio no especificado se usa en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para el delirio e incluye presentaciones para las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia). .

679

Trastornos neurocognitivos mayores y leves

Trastorno neurocognitivo mayor

Criterios de diagnóstico

- A. Evidencia de deterioro cognitivo significativo de un nivel previo de desempeño en uno o más dominios cognitivos (complejos

atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, perceptivo-motor o cognición social) basado en: 1. Preocupación del individuo, un informador informado o el médico de que ha habido una disminución significativa en la función cognitiva; y 2. Un deterioro sustancial en el rendimiento cognitivo, preferiblemente pruebas neuropsicológicas estandarizadas documentadas o, en su defecto, otra evaluación clínica cuantificada.

por

- B. Los déficits cognitivos interfieren con la independencia en las actividades cotidianas (es decir, como mínimo, requieren asistencia con actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o administrar medicamentos).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirio.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especifique si se debe a: Nota:

Cada subtipo enumerado tiene criterios de diagnóstico específicos y el texto correspondiente, que sigue la discusión general de los trastornos neurocognitivos mayores y leves.

enfermedad de alzheimer

Degeneración frontotemporal

enfermedad de cuerpos de Lewy

Enfermedad vascular

Lesión cerebral traumática

Uso de sustancias/medicamentos

infección por VIH

enfermedad priónica

enfermedad de Parkinson

enfermedad de Huntington

Otra condición médica

Múltiples etiologías

Etiología no especificada

Nota de codificación: Código basado en la etiología médica o de sustancias. En la mayoría de los casos de trastorno neurocognitivo mayor, se necesita un código adicional para la afección médica etiológica, que debe preceder inmediatamente al código de diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor, como se indica en la tabla de codificación de las páginas 682 y 683.

Especifique (consulte la tabla de codificación

para obtener más detalles): Sin alteración del comportamiento: si la alteración cognitiva no va acompañada de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (especificar alteración): si la alteración cognitiva se acompaña de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas del comportamiento).

680

Nota de codificación: Utilice código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debidos a la misma afección médica que causa el trastorno neurocognitivo mayor (p. ej., **F06.2** trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer, con delirios; **F06.32** trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson enfermedad, con episodio de tipo depresivo mayor). **Nota:** Los trastornos mentales debidos a otra afección médica se incluyen con los trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., para los trastornos depresivos debidos a otra afección médica, consulte el capítulo “Trastornos depresivos”).

Especifique la gravedad

actual: **Leve:** Dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., tareas domésticas, administración del dinero).

Moderado: Dificultades con las actividades básicas de la vida diaria (p. ej., alimentarse, vestirse).

Severo: Totalmente dependiente.

Procedimientos de codificación y registro

Los siguientes son ejemplos de codificación y registro de trastornos neurocognitivos mayores debido a un subtipo etiológico (*para obtener más información, consulte la tabla de codificación en las páginas 682–683 y las notas de codificación en los criterios de diagnóstico específicos para cada subtipo de trastorno neurocognitivo mayor y leve*).):

Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, leve: G30.9 Enfermedad de Alzheimer, F02.80 Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, leve.

Trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento, moderado: S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa con pérdida del conocimiento de duración no especificada, secuela; F02.81 trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento, moderado; F06.34 trastorno bipolar y relacionado debido a lesión cerebral traumática, con características mixtas.

Trastorno neurocognitivo leve

Criterios de diagnóstico

- A. Evidencia de deterioro cognitivo modesto de un nivel previo de desempeño en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, perceptivo-motor o cognición social) basado en: 1. Preocupación del individuo, un informador bien informado, o el médico que ha habido una leve disminución en la capacidad cognitiva

- función; y 2. Un deterioro modesto en el rendimiento cognitivo, preferiblemente documentado mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas o, en su defecto, otra evaluación clínica cuantificada.
- B. Los déficits cognitivos no interfieren con la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (es decir, se conservan las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o administrar medicamentos, pero es posible que se requiera un mayor esfuerzo, estrategias compensatorias o adaptaciones).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirio.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

681

Especifique si se debe a:

Nota: Cada subtipo enumerado tiene criterios de diagnóstico específicos y el texto correspondiente, que sigue la discusión general de los trastornos neurocognitivos mayores y leves.

enfermedad de alzheimer

Degeneración frontotemporal

enfermedad de cuerpos de Lewy

Enfermedad vascular

Lesión cerebral traumática

Uso de sustancias/medicamentos

infección por VIH

enfermedad priónica

enfermedad de Parkinson

enfermedad de Huntington

Otra condición médica

Múltiples etiologías

Etiología no especificada

Nota de codificación: para el trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías médicas enumeradas anteriormente, codifique **G31.84**. No utilice códigos adicionales **para** las supuestas condiciones médicas etiológicas. Para el trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias/medicamentos, codificar según el tipo de sustancia; consulte “Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos”. Para trastorno neurocognitivo leve no especificado, codifique **R41.9**.

Especifique (la alteración del comportamiento no se puede codificar, pero debe registrarse): **Sin alteración del comportamiento:** si la alteración cognitiva no se acompaña de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (especificar alteración): si la alteración cognitiva se acompaña de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas del comportamiento). **Nota de codificación:** Utilice código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debidos a la misma afección médica que causa el trastorno neurocognitivo leve (p. ej., **F06.2** trastorno psicótico debido a lesión cerebral traumática, con delirios; **F06.32** trastorno depresivo debido a enfermedad por VIH, con episodio de tipo depresivo mayor). **Nota:** Los trastornos mentales debidos a otra afección médica se incluyen con los trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., para los trastornos depresivos debidos a otra afección médica, consulte el capítulo “Trastornos depresivos”).

Procedimientos de codificación y registro

Los siguientes son ejemplos de codificación y registro de trastornos neurocognitivos leves debido a un subtipo etiológico (**para obtener más información, consulte la tabla de codificación en las páginas 682–683 y las notas de codificación**).

(los criterios de diagnóstico específicos para cada subtipo de trastorno neurocognitivo mayor y leve):

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento.

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento; F06.34 trastorno bipolar y relacionado debido a lesión cerebral traumática, con características mixtas.

682

Subtipo etiológico	Asociado	etiológico	codigo medico
	para el	trastorno	neurocognitivo mayor
Enfermedad de Alzheimer G30.9		F02.8xb	G31.84c No use código adicional para la enfermedad de Alzheimer.
Degeneración frontotemporal	G31.09	F02.8xb	G31.84c No utilice código adicional para la degeneración frontotemporal.
Enfermedad de cuerpos de Lewy G31.83		F02.8xb	G31.84c No utilice código adicional para la enfermedad de cuerpos de Lewy.
Enfermedad vascular	Sin código médico adicional.	F01.5xb	G31.84c No use código adicional para la enfermedad vascular.
Lesión cerebral traumática S06.2X9S		F02.8xb	G31.84c No utilice código adicional para la lesión cerebral traumática.
Inducida por sustancia/medicamento	Sin código médico adicional.	Código basado en el tipo de sustancia que causa el trastorno neurocognitivo mayor.	Codifique según el tipo de sustancia que causa el trastorno neurocognitivo leve.
infección por VIH	B20	F02.8xb	G31.84c No utilice código adicional para infección por VIH.

Subtipo etiológico	Asociado		Código de trastorno neurocognitivo leve
	código médico	para el trastorno	
	etiológico	Código de trastorno	
enfermedad priónica	A81.9	F02.8xb	G31.84c No utilice código adicional para enfermedad priónica.
Enfermedad de Parkinson G20		F02.8xb	G31.84c No utilice código adicional para la enfermedad de Parkinson.
683	G10	F02.8xb	G31.84c No utilice código adicional para la enfermedad de Huntington.
enfermedad de Huntington			
Debido a otra condición médica	Codifique primero la otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple G35).	F02.8xb	G31.84c No utilice códigos adicionales para las supuestas condiciones médicas etiológicas.
Por múltiples etiologías	Codifique primero todas las condiciones médicas etiológicas (con excepción de la enfermedad vascular).	F02.8xb (codificar una vez G31.84c No utilizar para los principales códigos adicionales para el neurocognitivo etiológicas que no respondan para el neurocognitivo). Codifique también la principal sustancia/medicamento relevante (F01.5x), si está presente. Codifique también los trastornos neurocognitivos relevantes que no respondan a las principales sustancias principales inducidas neurocognitivas que juegan un papel en la etiología. sustancias que no respondan que juegan un papel en la etiología.	
Trastorno neurocognitivo no especificado	Sin código médico adicional.	R41.9c	R41.9c

aCodificar primero, antes del código de trastorno neurocognitivo mayor.

bCodifique el quinto carácter basado en el especificador de síntomas: .x0 sin alteración del comportamiento; .x1 con alteración del comportamiento (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros

síntomas conductuales). **Nota:** Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar. **cNota:** "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse.

dConsulte la tabla de codificación en "Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos" para el código ICD-10-CM. **Nota:** Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" (para el trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias/medicamentos) y los especificadores de síntomas acompañantes "con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" (para el trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias/medicamentos) trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido) no se puede codificar, pero aun así se debe registrar.

684

Subtipos

Los trastornos neurocognitivos (ENT) mayores y leves se subtipifican principalmente de acuerdo con la entidad o entidades etiológicas/patológicas conocidas o supuestas que subyacen al deterioro cognitivo. Estos subtipos se distinguen sobre la base de una combinación de evolución temporal, dominios característicos afectados y síntomas asociados. Para ciertos subtipos etiológicos, el diagnóstico depende sustancialmente de la presencia de una entidad potencialmente causal, como la enfermedad de Parkinson o de Huntington, o una lesión cerebral traumática o un accidente cerebrovascular en el período de tiempo apropiado. Para otros subtipos etiológicos (generalmente las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, la degeneración frontotemporal y la enfermedad de cuerpos de Lewy), el diagnóstico se basa principalmente en los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales. Por lo general, la diferenciación entre estos síndromes que carecen de una entidad etiológica reconocida de forma independiente es más clara en el nivel de NCD mayor que en el nivel de NCD leve, pero a veces los síntomas característicos y las características asociadas también están presentes.

Las ENT son frecuentemente manejadas por médicos en múltiples disciplinas. Para muchos subtipos, grupos de expertos internacionales multidisciplinarios han desarrollado criterios de consenso especializados basados en la correlación clínico-patológica con la patología cerebral subyacente. Los criterios de subtipo aquí se han armonizado con los criterios de expertos.

especificadores

Se ha reconocido evidencia de características conductuales distintas en las ENT, particularmente en las áreas de síntomas psicóticos y depresión. Las características psicóticas son comunes en muchas ENT, particularmente en la etapa leve a moderada de las principales ENT debido a la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de cuerpos de Lewy y la degeneración frontotemporal. Si se considera que los síntomas psicóticos se deben a la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad con cuerpos de Lewy o la degeneración frontotemporal, puede ser necesario un diagnóstico adicional de trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer, trastorno psicótico debido a la enfermedad con cuerpos de Lewy o trastorno psicótico debido a la degeneración frontotemporal. dado.

La paranoia y otros delirios son características comunes y, a menudo, un tema persecutorio puede ser un aspecto destacado de la ideación delirante. A diferencia de los trastornos psicóticos que comienzan en una edad más temprana (p. ej., la esquizofrenia), el habla desorganizada y el comportamiento desorganizado no son característicos de la psicosis en las ENT. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad, aunque las alucinaciones visuales son más comunes en las ENT que en los trastornos depresivos, bipolares o psicóticos.

Pueden presentarse alteraciones del estado de ánimo, como depresión, ansiedad y euforia. La depresión es común al principio del curso (incluso en el nivel leve de NCD) de NCD debido a la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson, mientras que la euforia puede ocurrir más comúnmente en la degeneración frontotemporal. Si se considera que el trastorno del estado de ánimo se debe a la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson o la degeneración frontotemporal, se puede realizar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo debido a la enfermedad de Alzheimer, trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson o trastorno bipolar y relacionado debido a la degeneración frontotemporal. dado. Los síntomas del estado de ánimo se reconocen cada vez más como una característica importante en las etapas más tempranas de las ENT leves, por lo que el reconocimiento clínico y la intervención pueden ser importantes.

La agitación es común en una amplia variedad de ENT, particularmente en las principales ENT de gravedad moderada a grave, y a menudo ocurre en un contexto de confusión o frustración. Puede surgir como comportamientos combativos, particularmente en el contexto de resistirse a los deberes del cuidado, como bañarse y vestirse. La agitación se caracteriza por una actividad motora o vocal disruptiva y tiende a ocurrir con etapas avanzadas de deterioro cognitivo en todas las ENT.

Las personas con ENT pueden presentar una amplia variedad de síntomas conductuales que son el centro del tratamiento. La alteración del sueño es común

síntoma que puede crear una necesidad de atención clínica y puede incluir síntomas de insomnio, hipersomnia y alteraciones del ritmo circadiano.

685

La apatía es común en las ENT leves y mayores. Se observa particularmente en NCD debido a la enfermedad de Alzheimer y puede ser una característica destacada de NCD debido a la degeneración frontotemporal. La apatía se caracteriza típicamente por una motivación disminuida y un comportamiento reducido dirigido a objetivos, acompañado de una menor capacidad de respuesta emocional. Los síntomas de apatía pueden manifestarse temprano en el curso de las ENT cuando se puede observar una pérdida de motivación para realizar actividades diarias o pasatiempos.

Otros síntomas conductuales importantes incluyen deambulación, desinhibición, hiperfagia y acaparamiento. Algunos de estos síntomas son característicos de trastornos específicos, como se analiza en las secciones correspondientes. Cuando se observa más de una alteración del comportamiento, cada tipo debe anotarse por escrito con el especificador "con alteración del comportamiento".

Características de diagnóstico

Las ENT mayores y leves existen en un espectro de deterioro cognitivo y funcional. La ENT mayor corresponde aproximadamente a la condición etiquetada en ICD-10 e ICD-11 (así como en DSM-IV) como **demencia**. La característica central de las ENT es el deterioro cognitivo adquirido en uno o más dominios cognitivos (Criterio A) basado en 1) una preocupación acerca de la cognición por parte del individuo, un informador informado o el médico, y 2) desempeño en un objetivo evaluación que cae por debajo del nivel esperado o que se ha observado que disminuye con el tiempo. Tanto la preocupación como la evidencia objetiva son necesarias porque son complementarias. Cuando hay un enfoque exclusivo en las pruebas objetivas, un trastorno puede pasar desapercibido en individuos de alto funcionamiento cuyo rendimiento actual "normal" en realidad representa una disminución sustancial de las habilidades, o una enfermedad puede diagnosticarse incorrectamente en individuos cuyo rendimiento actualmente "bajo" no representan un cambio con respecto a su propia línea de base o es el resultado de factores extraños como las condiciones de la prueba o una enfermedad pasajera. Alternativamente, el enfoque excesivo en los síntomas subjetivos puede fallar en el diagnóstico de enfermedades en individuos.

con pobre introspección, o cuyos informantes niegan o no notan sus síntomas, o puede ser demasiado sensible en el llamado pozo preocupado.

Una preocupación cognitiva se diferencia de una queja en que puede expresarse espontáneamente o no. Más bien, es posible que deba obtenerse mediante un interrogatorio cuidadoso sobre síntomas específicos que comúnmente ocurren en personas con déficit cognitivos (consulte la Tabla 1 en la introducción de este capítulo). Por ejemplo, los problemas de memoria incluyen la dificultad para recordar una lista breve de la compra o seguir la trama de un programa de televisión; Las preocupaciones de los ejecutivos incluyen la dificultad para reanudar una tarea cuando se interrumpe, organizar los registros de impuestos o planificar una comida festiva. En el nivel de NCD leve, es probable que el individuo describa estas tareas como más difíciles o que requieren más tiempo o esfuerzo o estrategias compensatorias. En el nivel de las principales ENT, tales tareas solo pueden completarse con asistencia o pueden abandonarse por completo. En el nivel de ENT leve, es posible que las personas y sus familias no noten dichos síntomas o los consideren normales, especialmente en los ancianos; por lo tanto, la toma cuidadosa de la historia es de suma importancia. Las dificultades deben representar cambios en lugar de patrones de por vida: el individuo o el informante pueden aclarar este tema, o el médico puede inferir cambios a partir de la experiencia previa con el individuo o de pistas ocupacionales o de otro tipo. También es fundamental determinar que las dificultades están relacionadas con la pérdida cognitiva más que con las limitaciones motoras o sensoriales.

Las pruebas neuropsicológicas, con desempeño comparado con normas apropiadas para la edad, el sexo, el nivel educativo y los antecedentes culturales del individuo, son parte de la evaluación estándar de las ENT y son particularmente críticas en la evaluación de las ENT leves. Se prefiere el uso de instrumentos de evaluación validados culturalmente, que están disponibles para muchas poblaciones raciales/étnicas y lingüísticas. Para las principales ENT, el desempeño suele ser 2 o más desviaciones estándar por debajo de las normas apropiadas (percentil 3 o menos). Para las ENT leves, el desempeño generalmente se encuentra en el rango de desviación estándar de 1 a 2 (entre los percentiles 3 y 16). Sin embargo, las pruebas neuropsicológicas no están disponibles en todos los entornos, y los umbrales neuropsicológicos son sensibles a las pruebas y normas específicas empleadas, así como a las condiciones de la prueba, las limitaciones sensoriales y las enfermedades intercurrentes. Una variedad de breves

Las evaluaciones en el consultorio o “al lado de la cama”, como se describe en [la Tabla 1](#), también pueden proporcionar datos objetivos en entornos donde tales pruebas no están disponibles o no son factibles. En cualquier caso, al igual que con las preocupaciones cognitivas, el desempeño objetivo debe interpretarse a la luz del desempeño previo del individuo.

En condiciones óptimas, esta información estaría disponible a partir de una administración anterior de la misma prueba, pero a menudo debe inferirse en función de las normas apropiadas, junto con el historial educativo, la ocupación y otros factores del individuo. Las normas son más difíciles de interpretar en personas con niveles de educación muy altos o muy bajos y en personas que están siendo evaluadas fuera de su propio idioma o entorno cultural.

El criterio B se relaciona con el nivel de independencia del individuo en el funcionamiento diario. Las personas con ENT importantes tendrán un deterioro de suficiente gravedad como para interferir con la independencia, de modo que otros tendrán que hacerse cargo de las tareas que las personas antes podían realizar por su cuenta. Las personas con NCD leve habrán preservado su independencia, aunque puede haber una interferencia sutil con la función o un informe de que las tareas requieren más esfuerzo o toman más tiempo que antes.

La distinción entre NCD mayor y leve es intrínsecamente arbitraria, y los trastornos existen a lo largo de un continuo. Por lo tanto, los umbrales precisos son difíciles de determinar. Se requiere una cuidadosa anamnesis, observación e integración con otros hallazgos, y se deben considerar las implicaciones de hacer un diagnóstico cuando las manifestaciones clínicas de un individuo se encuentran en un límite.

Funciones asociadas

Por lo general, las características asociadas que respaldan un diagnóstico de ENT mayor o leve serán específicas del subtipo etiológico (p. ej., sensibilidad neuroléptica y alucinaciones visuales en ENT debido a la enfermedad de cuerpos de Lewy). Las características de diagnóstico específicas de cada uno de los subtipos se encuentran en las secciones correspondientes.

Predominio

La prevalencia de las ENT varía ampliamente según la edad y el subtipo etiológico.

Las estimaciones generales de prevalencia generalmente solo están disponibles para las poblaciones de mayor edad. Entre las personas mayores de 60 años, la prevalencia aumenta considerablemente con la edad, por lo que las estimaciones de prevalencia son más precisas para edades más estrechas.

bandas que para categorías amplias como “mayores de 65” (donde la edad media puede variar mucho con la esperanza de vida de la población dada). Para aquellos subtipos etiológicos que ocurren a lo largo de la vida, es probable que las estimaciones de prevalencia de ENT estén disponibles, si es que las hay, solo como la fracción de personas que desarrollan ENT entre aquellos con la afección relevante (p. ej., lesión cerebral traumática, infección por VIH).

El género femenino se asocia con una mayor prevalencia de demencia en general, y especialmente de la enfermedad de Alzheimer, pero esta diferencia se atribuye en gran medida, si no totalmente, a una mayor longevidad en las mujeres.

En general, las estimaciones de prevalencia internacional para la demencia (que es en gran medida congruente con las principales ENT) son aproximadamente del 1% al 2% a la edad de 65 años y de hasta el 30% a la edad de 85 años. La prevalencia de las ENT leves es muy sensible a la definición del trastorno, particularmente en entornos comunitarios, donde las evaluaciones son menos detalladas. Además, en contraste con los entornos clínicos, donde la preocupación cognitiva debe ser alta para buscar y localizar atención, puede haber una disminución menos clara del funcionamiento inicial. Las estimaciones de la prevalencia del deterioro cognitivo leve (que es sustancialmente congruente con las ENT leves) entre las personas mayores son bastante variables, oscilando entre el 2 % y el 10 % a los 65 años y entre el 5 % y el 25 % a los 85 años.

La prevalencia y la incidencia de la demencia varían entre países y entre poblaciones étnicas y racializadas en los Estados Unidos, aunque las diferencias metodológicas complican las comparaciones de tasas. Algunos estudios estadounidenses encontraron que la incidencia es más alta en los afroamericanos seguidos, en orden decreciente, por los indios americanos/nativos de Alaska, latinos, isleños del Pacífico, blancos no latinos y asiáticos americanos. Entre cuatro poblaciones asiático-estadounidenses, los filipino-estadounidenses tuvieron la incidencia más alta, seguidos por los japoneses-estadounidenses, los chinos

687

americanos y asiático-indios americanos. Se ha encontrado que las subpoblaciones Latinx en los Estados Unidos varían considerablemente en la prevalencia e incidencia de la demencia; Los hispanos del Caribe tienen tasas mucho más altas que los mexicoamericanos en algunos estudios estadounidenses.

Desarrollo y Curso

El curso de las ENT varía según los subtipos etiológicos, y esta variación puede ser útil en el diagnóstico diferencial. Algunos subtipos (p. ej., los relacionados con una lesión cerebral traumática o un accidente cerebrovascular) generalmente comienzan en un momento específico y (al menos después de que desaparecen los síntomas iniciales relacionados con la inflamación o la hinchazón) permanecen estáticos. Otros pueden fluctuar con el tiempo (aunque si esto ocurre, se debe considerar la posibilidad de delirio superpuesto a NCD). Las ENT debidas a enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer o la degeneración frontotemporal suelen estar marcadas por un inicio insidioso y una progresión gradual, y el patrón de inicio de los déficits cognitivos y las características asociadas ayudan a distinguirlos.

Las ENT que comienzan en la niñez y la adolescencia pueden tener amplias repercusiones en el desarrollo social e intelectual y, en este contexto, también se pueden diagnosticar trastornos del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) u otros trastornos del neurodesarrollo para capturar el cuadro diagnóstico completo y asegurar la provisión de una amplia gama de servicios. En las personas mayores, las ENT a menudo ocurren en el contexto de enfermedades médicas, fragilidad y pérdida sensorial, lo que complica el cuadro clínico para el diagnóstico y el tratamiento.

Cuando la pérdida cognitiva ocurre entre la juventud y la mediana edad, es probable que las personas y las familias busquen atención. Las ENT suelen ser más fáciles de identificar a edades más tempranas, aunque en algunos entornos la simulación o el trastorno ficticio pueden ser motivo de preocupación. Muy tarde en la vida, los síntomas cognitivos pueden no causar preocupación o pasar desapercibidos. En la vejez, las NCD leves también deben distinguirse de los déficits más modestos asociados con el “envejecimiento normal”, aunque una fracción sustancial de lo que se ha atribuido al envejecimiento normal probablemente represente fases prodromáticas de varias NCD. Además, se vuelve más difícil reconocer las ENT leves con la edad debido a la creciente prevalencia de enfermedades médicas y déficits sensoriales. Se vuelve más difícil diferenciar entre los subtipos con la edad porque existen múltiples fuentes potenciales de deterioro neurocognitivo.

Factores de riesgo y pronóstico Los

factores de riesgo varían no solo según el subtipo etiológico sino también según la edad de inicio dentro de los subtipos etiológicos. Algunos subtipos se distribuyen a lo largo de la vida, mientras que otros ocurren exclusiva o principalmente en la vejez. Incluso

Dentro de las ENT del envejecimiento, la prevalencia relativa varía con la edad: la enfermedad de Alzheimer es poco común antes de los 60 años y la prevalencia aumenta abruptamente a partir de entonces, mientras que la degeneración frontotemporal general menos común tiene un inicio más temprano y representa una fracción progresivamente más pequeña de las ENT con la edad. El factor de riesgo más fuerte para las ENT mayores y leves es la edad, principalmente porque la edad aumenta el riesgo de enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares.

El riesgo de ENT varía según el origen étnico y racial y está asociado con la variación en el riesgo de enfermedades subyacentes (p. ej., hipertensión, diabetes), condiciones predisponentes (p. ej., lesión en la cabeza), entorno (p. ej., acceso a alimentos nutritivos, espacios seguros para hacer ejercicio) y otros factores. Por ejemplo, en los Estados Unidos, los afroamericanos y latinos tienden a tener un mayor riesgo de demencia vascular que los blancos. La educación y la alfabetización más bajas son factores de riesgo para las ENT que también pueden variar según el grupo étnico-racial debido a la exposición diferencial a los determinantes sociales adversos de la salud.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

El nivel de conciencia y preocupación de los individuos y las familias sobre los síntomas neurocognitivos puede variar según los grupos étnicos, raciales y ocupacionales. Las diferencias culturales con respecto a si la disminución de la capacidad cognitiva se considera una parte normal del envejecimiento ("normalización") y en el estigma relacionado con la demencia pueden retrasar el reconocimiento de un problema por parte de las familias y

688

disminuir la búsqueda de ayuda para las personas en las primeras etapas de la pérdida cognitiva. Por ejemplo, el estigma social parece estar asociado con la subutilización de los servicios para el deterioro cognitivo entre algunos grupos étnicos y racializados desatendidos (por ejemplo, estadounidenses de origen chino, estadounidenses de origen coreano).

Es más probable que se noten síntomas neurocognitivos, particularmente en el nivel leve, en personas que realizan actividades ocupacionales, domésticas o recreativas complejas. Además, las normas para las pruebas neuropsicológicas tienden a estar disponibles solo para poblaciones amplias y, por lo tanto, pueden no ser fácilmente aplicables a personas con educación inferior a la secundaria o aquellas que están siendo evaluadas fuera de su idioma principal o

cultura. Los desafíos de diagnóstico relacionados con la cultura incluyen tener en cuenta la variación intraétnica en la interpretación de las evaluaciones; evaluar el efecto en las pruebas neuropsicológicas de a) la amenaza del estereotipo del examinado (es decir, la ansiedad por la preocupación de que él o ella confirmará el estereotipo negativo del grupo étnico o racializado por su bajo rendimiento) y/o b) el sesgo implícito (inconsciente) del médico sobre interpretación de pruebas; y seleccionar el idioma apropiado al evaluar a personas bilingües.

Las personas bilingües con demencia pueden perder su facilidad con los idiomas no nativos adquiridos, lo que podría afectar su capacidad para comunicarse con los cuidadores. El entorno de cuidado puede verse influido por las normas culturales de la responsabilidad familiar de cuidar a los ancianos, por ejemplo, al afectar la decisión de cuidar al anciano con ENT en el hogar o en un centro de atención. En algunas culturas, se espera que los hijos adultos cuiden a sus padres mayores (p. ej., piedad filial) para que una limitación funcional no sea tan obvia para el anciano dependiente o la familia.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Algunos estudios muestran que los hombres y las mujeres experimentan las ENT graves y leves de manera diferente. Los factores relacionados con el sexo y el género pueden influir en la incidencia y la prevalencia, la etiología (factores de riesgo y de protección) y las manifestaciones clínicas de las ENT graves y leves. Más mujeres que hombres experimentan ENT importantes debido a su mayor esperanza de vida. Por lo tanto, una mujer de una determinada edad tiene un mayor riesgo acumulativo de desarrollar ENT importantes antes de morir que un hombre de la misma edad. La diferencia en las tasas de incidencia es menos clara y puede variar entre poblaciones y con el tiempo debido a factores relacionados con el género (p. ej., educación, ocupación, rol familiar, estrés). Por ejemplo, la incidencia de la demencia en varios países de altos ingresos ha disminuido en los últimos 30 años, y la disminución fue diferente en hombres y mujeres en todos los países.

Las mujeres tienden a expresar una gama más amplia de síntomas. En particular, las mujeres tienden a manifestar más síntomas psiquiátricos como depresión, ansiedad y delirios. Los hombres tienden a manifestar más agresividad, apatía y síntomas vegetativos.

Al igual que la edad, la cultura y la ocupación, las cuestiones relacionadas con el sexo y el género pueden afectar el nivel de preocupación y conciencia de los síntomas cognitivos. Además, para finales de

ENT de vida, es probable que las mujeres sean mayores, tengan más comorbilidades médicas y vivan solas, lo que puede complicar la evaluación y el tratamiento. Además, existen diferencias de sexo y género en la frecuencia de algunos de los subtipos etiológicos.

Marcadores de diagnóstico

Además de una historia cuidadosa, las evaluaciones neuropsicológicas son las medidas clave para el diagnóstico de las ENT, particularmente en el nivel leve, donde los cambios funcionales son mínimos y los síntomas más sutiles. Idealmente, los individuos serán referidos para pruebas neuropsicológicas formales, que proporcionarán una evaluación cuantitativa de todos los dominios relevantes y, por lo tanto, ayudarán con el diagnóstico; proporcionar orientación a la familia sobre las áreas en las que el individuo puede requerir más apoyo; y servir como punto de referencia para una mayor disminución o respuesta a las terapias. Cuando tales pruebas no están disponibles o no son factibles, las breves evaluaciones en [la Tabla 1](#) pueden brindar información sobre cada dominio. Más pruebas globales breves del estado mental pueden ser útiles, pero pueden ser

689

insensible, particularmente a cambios modestos en un solo dominio o en aquellos con habilidades premórbidas altas, y puede ser demasiado sensible en aquellos con habilidades premórbidas bajas.

Al distinguir entre los subtipos etiológicos, pueden entrar en juego marcadores de diagnóstico adicionales, en particular los estudios de neuroimagen como la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones. Además, los marcadores específicos pueden estar involucrados en la evaluación de subtipos específicos y pueden volverse más importantes a medida que se acumulan hallazgos de investigación adicionales con el tiempo, como se analiza en las secciones correspondientes.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Los estudios a gran escala indican tasas elevadas de comportamiento suicida en personas con ENT debido a una variedad de etiologías en comparación con personas sin ENT. Un estudio nacional en Taiwán informó que el intento de suicidio en la vejez está asociado con la demencia posterior.

Consecuencias funcionales de los trastornos

neurocognitivos mayores y leves Por definición, las ENT

mayores y leves afectan el funcionamiento, dado el papel central de la cognición en la vida humana. Por lo tanto, los criterios para los trastornos y el umbral para diferenciar las ENT leves de las mayores se basan en parte en la evaluación funcional. Dentro de las principales ENT hay una amplia gama de deterioro funcional, tal como se implementa en los especificadores de gravedad. Además, las funciones específicas que están comprometidas pueden ayudar a identificar los dominios cognitivos afectados, particularmente cuando las pruebas neuropsicológicas no están disponibles o son difíciles de interpretar.

Diagnóstico diferencial

Cognición normal. El diagnóstico diferencial entre cognición normal y NCD leve, así como entre NCD leve y mayor, es un desafío porque los límites son intrínsecamente arbitrarios. La anamnesis cuidadosa y la evaluación objetiva son fundamentales para estas distinciones. Una evaluación longitudinal que utilice evaluaciones cuantificadas puede ser clave para detectar las ENT leves.

Delirio. Tanto el NCD leve como el mayor pueden ser difíciles de distinguir de un delirio persistente, que puede ocurrir simultáneamente. Una evaluación cuidadosa de la atención y la excitación ayudará a hacer la distinción.

Trastorno depresivo mayor. La distinción entre NCD leve y trastorno depresivo mayor, que puede ocurrir junto con NCD, también puede ser un desafío. Los patrones específicos de déficits cognitivos pueden ser útiles. Por ejemplo, los déficits constantes de memoria y función ejecutiva son típicos de la enfermedad de Alzheimer, mientras que en la depresión mayor se observa un rendimiento inespecífico o más variable. Alternativamente, puede ser necesario el tratamiento del trastorno depresivo con observación repetida a lo largo del tiempo para hacer el diagnóstico.

Trastorno específico del aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo Una aclaración cuidadosa del estado inicial del individuo ayudará a distinguir una ENT de un trastorno de aprendizaje específico u otros trastornos del neurodesarrollo.

Pueden entrar cuestiones adicionales en el diferencial para subtipos etiológicos específicos, como se describe en las secciones correspondientes.

comorbilidad

Las ENT son comunes en las personas mayores y, por lo tanto, a menudo coexisten con una amplia variedad de enfermedades relacionadas con la edad que pueden complicar el diagnóstico o el tratamiento. El más notable de estos es el delirio, para el cual NCD aumenta el riesgo. En las personas mayores, un delirio durante la hospitalización es, en muchos casos, la primera vez que se nota una ENT, aunque una historia cuidadosa a menudo revelará evidencia de un declive anterior. Las ENT mixtas también son comunes en personas mayores.

690

individuos, ya que muchas entidades etiológicas aumentan en prevalencia con la edad. En las personas más jóvenes, la NCD a menudo coexiste con trastornos del neurodesarrollo; por ejemplo, una lesión en la cabeza en un niño en edad preescolar también puede provocar problemas significativos de desarrollo y aprendizaje. La comorbilidad adicional de las ENT a menudo se relaciona con el subtipo etiológico, como se analiza en las secciones correspondientes.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Hay un inicio insidioso y una progresión gradual del deterioro en uno o más dominios cognitivos (para un trastorno neurocognitivo mayor, al menos dos dominios deben estar deteriorados).
- C. Se cumplen los criterios para la enfermedad de Alzheimer probable o posible de la siguiente manera:

Para trastorno neurocognitivo mayor: Se

diagnóstica **enfermedad de Alzheimer probable** si cualquiera de los siguientes está presente; de lo contrario, se debe diagnosticar una **posible enfermedad de Alzheimer**.

1. Evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer a partir de antecedentes familiares o pruebas genéticas.
2. Los tres siguientes están presentes:
 - una. Evidencia clara de disminución de la memoria y el aprendizaje y al menos otro dominio cognitivo (basado en una historia detallada o pruebas neuropsicológicas en serie). b. Disminución gradual y constantemente progresiva de la cognición, sin mesetas prolongadas. C. Sin evidencia de etiología mixta (es decir, ausencia de otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, u otra enfermedad o condición neurológica, mental o sistémica que probablemente contribuya al deterioro cognitivo).

Para el trastorno neurocognitivo leve: la **enfermedad de Alzheimer probable** se diagnostica si hay evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer a partir de pruebas genéticas o antecedentes familiares.

Se diagnostica una **posible enfermedad de Alzheimer** si no hay evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer a partir de pruebas genéticas o antecedentes familiares, y los tres siguientes están presentes: 1. Clara evidencia de disminución de la memoria y el aprendizaje.

2. Disminución progresiva y gradual de la cognición, sin mesetas extendidas.
3. Sin evidencia de etiología mixta (es decir, ausencia de otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, u otra enfermedad o condición neurológica o sistémica que probablemente contribuya al deterioro cognitivo).
- D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia u otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs. 682–683):

Para trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer probable o posible, con alteración del comportamiento, codifique primero **G30.9** enfermedad de Alzheimer, seguido de **F02.81**. Para trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer probable o posible, sin alteración del comportamiento, codifique primero **G30.9** enfermedad de Alzheimer, seguido de **F02.80**.

691

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Para trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer, codifique **G31.84**. (**Nota:** no utilice el código adicional **para** la enfermedad de Alzheimer. "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer: use códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad de Alzheimer (p. ej., **F06.2** trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer, con delirios; **F06.32** trastorno depresivo debido a la enfermedad de Alzheimer). enfermedad de Alzheimer, con episodio depresivo mayor).

Características diagnósticas

Más allá del síndrome del trastorno neurocognitivo (NCD) (Criterio A), las características centrales de NCD mayores o leves debido a la enfermedad de Alzheimer incluyen un inicio insidioso y una progresión gradual de los síntomas cognitivos y conductuales (Criterio B). La presentación típica es amnésica (es decir, con deterioro de la memoria y el aprendizaje). También existen presentaciones no amnésicas inusuales, en particular variantes afásicas visuoespaciales y logopénicas. Una proporción significativa de individuos, probablemente más de la mitad, presenta primero síntomas conductuales antes del inicio de los síntomas cognitivos; la presencia de alteraciones del comportamiento debe anotarse utilizando los códigos específicos apropiados. En la fase leve de la ENT, la enfermedad de A

típicamente con deterioro de la memoria y el aprendizaje, a veces acompañado de déficits en la función ejecutiva. En la fase principal del NCD, la capacidad visoconstructiva/perceptivo-motora y el lenguaje (p. ej., recuperación de palabras) también se verán afectados, en particular cuando el NCD es de moderado a grave. La cognición social tiende a conservarse hasta el final de la evolución de la enfermedad, con la excepción de los individuos que tienen las variantes menos comunes con trastornos disexecutivos y conductuales significativos.

Se debe especificar un nivel de certeza diagnóstica que denote la enfermedad de Alzheimer como la etiología "probable" o " posible" (Criterio C). **La enfermedad de Alzheimer probable** se diagnostica tanto en NCD mayores como leves si hay evidencia de un gen causante de la enfermedad de Alzheimer, ya sea a partir de pruebas genéticas o de antecedentes familiares autosómicos dominantes junto con la confirmación de la autopsia o una prueba genética en un miembro de la familia afectado. En la actualidad, la designación de "probable" representa el nivel más alto de certeza diagnóstica dentro del marco de criterios actual. Sin embargo, los desarrollos actuales en biomarcadores continúan aumentando la certeza diagnóstica (p. ej., cuando las tomografías por emisión de positrones [PET] cerebrales pueden indicar la presencia de patología de Alzheimer, como evidencia de depósito de amiloide y/o tau mediante imágenes o análisis cerebroespinal [LCR]). Para las ENT mayores, un cuadro clínico típico, sin mesetas extendidas o evidencia de etiología mixta, también se puede diagnosticar como debido a una probable enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, en algunos individuos puede haber períodos prolongados de progresión muy lenta o mínima. Para las ENT leves, dado el menor grado de certeza de que los déficits progresarán, estas características solo son suficientes para una **posible** etiología de Alzheimer. Sin embargo, como se indicó anteriormente, los nuevos métodos de biomarcadores pueden afectar el uso de "probable" y " posible" en las ENT leves. Si la etiología parece mixta, debe diagnosticarse una ENT leve debida a múltiples etiologías. En cualquier caso, tanto para el ENT leve como para el mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, las características clínicas no deben sugerir otra etiología primaria del ENT (Criterio D). A medida que los datos de biomarcadores continúan informando la naturaleza de las patologías subyacentes, es probable que la existencia de múltiples etiologías se mapee más sistemáticamente en el futuro para identificar mejor las variaciones diagnósticas en las ENT debido a múltiples etiologías.

Funciones asociadas

Para las personas con NCD debido a la enfermedad de Alzheimer, los síntomas se extienden más allá de los déficits cognitivos para incluir síntomas neuropsiquiátricos como agitación, apatía, depresión, delirios y trastornos del sueño.

Los síntomas neuropsiquiátricos también pueden describirse como

692

síntomas conductuales y psicológicos de la demencia y se han observado en trastornos neurocognitivos de todas las etiologías. Estos síntomas son casi universales en la enfermedad de Alzheimer, como se confirmó en dos muestras de población de EE. UU., con un seguimiento de 5 años en uno que informó que el 98% de las personas con ENT debido a la enfermedad de Alzheimer desarrollan síntomas neuropsiquiátricos.

Los síntomas neuropsiquiátricos conducen a discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida, mayor deterioro en las actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo y funcional más rápido, mayor carga para el cuidador, institucionalización más temprana y mortalidad acelerada. Los síntomas neuropsiquiátricos son a menudo más angustiantes que las manifestaciones cognitivas y con frecuencia son la razón por la que se busca asistencia médica. Estos síntomas también están frecuentemente presentes en la etapa leve de la ENT, con evidencia que sugiere que más de la mitad de las personas que desarrollan demencia comienzan con síntomas neuropsiquiátricos.

En la etapa leve de NCD o en el nivel más leve de NCD mayor, se observa con mayor frecuencia depresión, irritabilidad y/o apatía. Con NCD mayor moderadamente grave, son comunes los delirios, la agitación, la agresividad y la deambulación. Al final de la enfermedad, se observan alteraciones de la marcha, disfagia, incontinencia, mioclonías y convulsiones.

Predominio

La prevalencia general de las ENT debido a la enfermedad de Alzheimer aumenta abruptamente con la edad. En los países de ingresos altos, oscila entre el 5 % y el 10 % en personas de 60 a 69 años hasta al menos el 25 % a partir de entonces. Se estima que 5,4 millones de estadounidenses de todas las edades sufrieron demencia debido a la enfermedad de Alzheimer en 2016, incluidas unas 200 000 personas con aparición de la enfermedad antes de los 65 años.

La demencia debida a la enfermedad de Alzheimer se encuentra en el 11% de las personas mayores de 65 años y en el 32% de las personas mayores de 85 años. Las estimaciones que aplican las tasas de incidencia de demencia debida a la enfermedad de Alzheimer a los datos del censo de EE. UU. indican

que el 81% de las personas con la enfermedad tienen 75 años o más. El porcentaje de demencias atribuibles a la enfermedad de Alzheimer oscila entre un 60 % y más del 90 %, según el entorno y los criterios de diagnóstico. Es probable que el NCD leve debido a la enfermedad de Alzheimer también represente una fracción sustancial del deterioro cognitivo leve (DCL).

Los estudios muestran que la prevalencia de la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer tiende a variar según el origen étnico-racial; por ejemplo, en los Estados Unidos, la prevalencia en personas de 65 años o más oscila entre el 3,5 % y el 14,4 %, según el grupo etnoracial, la edad y la metodología de evaluación.

Se ha encontrado una mayor prevalencia entre los afroamericanos y los estadounidenses Latinx de origen caribeño, luego de ajustar por género y comorbilidades clínicas.

Desarrollo y curso El NCD mayor o leve

debido a la enfermedad de Alzheimer progresó gradualmente, a veces con mesetas, a través de una demencia grave hasta la muerte. La duración media de la supervivencia después del diagnóstico es de aproximadamente 10 años, lo que refleja la edad avanzada de la mayoría de las personas más que el curso de la enfermedad; algunas personas pueden vivir con la enfermedad hasta 20 años.

Los individuos en etapa tardía finalmente se quedan mudos y postrados en cama. La muerte resulta más comúnmente de la aspiración en aquellos que sobreviven durante todo el curso. En las ENT leves debidas a la enfermedad de Alzheimer, las deficiencias aumentan con el tiempo y el estado funcional disminuye gradualmente hasta que los síntomas alcanzan el umbral para el diagnóstico de ENT grave.

El inicio de los síntomas suele ser entre los 70 y los 89 años; las formas de aparición temprana que se observan en individuos de 40 a 59 años de edad a menudo, pero no siempre, están relacionadas con mutaciones causales conocidas. Los síntomas y la patología no difieren mucho según la edad de aparición. Sin embargo, las personas más jóvenes tienen más probabilidades de sobrevivir el curso completo de la enfermedad, mientras que las personas mayores tienen más probabilidades de tener numerosas comorbilidades médicas que afectan el curso y el tratamiento de la enfermedad. La complejidad diagnóstica es mayor en los adultos mayores debido a la mayor probabilidad de enfermedad médica comórbida y patología mixta. La edad de inicio de los síntomas, la tasa de deterioro cognitivo y las tasas de supervivencia parecen variar según el origen étnico-racial. Por ejemplo, comparado

con los blancos no latinos, los latinos de EE. UU. pueden desarrollar síntomas de la enfermedad de Alzheimer hasta 4 años antes, los afroamericanos tienden a mostrar un deterioro cognitivo más lento y ambos grupos desatendidos pueden tener períodos de supervivencia más prolongados.

Factores de riesgo y pronóstico Se han

identificado una serie de factores de riesgo, incluido el bajo nivel educativo, la hipertensión en la mediana edad, la obesidad y la pérdida de la audición, así como el tabaquismo en la vejez, la depresión, la inactividad física, el aislamiento social y la diabetes. La concurrencia de múltiples factores de riesgo vascular también aumenta el riesgo de enfermedad de Alzheimer y puede actuar aumentando la patología cerebrovascular o también a través de efectos directos sobre la patología de Alzheimer. La lesión cerebral traumática, especialmente en los hombres, puede aumentar el riesgo de NCD leves o mayores debido a la enfermedad de Alzheimer, aunque esta relación sigue siendo controvertida.

Genético y fisiológico. La edad es definitivamente el factor de riesgo más fuerte para la enfermedad de Alzheimer, como lo demuestran las estimaciones de prevalencia. Se ha demostrado una fuerte predisposición genética (60% a 80% del riesgo atribuible). Las mutaciones raras en los cromosomas 1, 14 y 21 siguen la herencia mendeliana y conducen a formas autosómicas dominantes. Las personas con síndrome de Down (trisomía 21) pueden desarrollar la enfermedad de Alzheimer si sobreviven hasta la mediana edad. Los factores de riesgo más comunes son poligénicos, habiéndose identificado más de 45 genes/loci de riesgo, típicamente con pequeños efectos sobre el riesgo. El polimorfismo de susceptibilidad genética más fuerte, la apolipoproteína E4 (**APOE*E4**), aumenta el riesgo y disminuye la edad de inicio, particularmente en individuos homocigotos, aunque algunos individuos homocigotos sobreviven hasta edades avanzadas sin desarrollar síntomas.

El origen étnico-racial y nacional están relacionados con el perfil de susceptibilidad genética para la enfermedad de Alzheimer. Si bien **APOE*E4** está asociado con el riesgo de enfermedad de Alzheimer, esta asociación no se ha encontrado de manera consistente en todos los grupos étnicos y raciales. Por ejemplo, algunos estudios han identificado una mutación única en el gen de presenilina 1 **Gly206Ala** entre personas de ascendencia puertorriqueña con la enfermedad de Alzheimer, que también está relacionada con la aparición temprana. Además, algunos estudios han encontrado una mayor

asociación con **ABCA7**, un gen transportador de proteínas, entre individuos que se identifican como afroamericanos que entre los blancos estadounidenses.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La detección de una ENT puede ser más difícil en entornos culturales y socioeconómicos donde la pérdida de memoria se considera normal en la vejez, donde los adultos mayores enfrentan menos demandas cognitivas en la vida cotidiana o donde los niveles educativos muy bajos plantean mayores desafíos para el desarrollo cognitivo objetivo. evaluación.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Se encontró que las mujeres tenían una mayor incidencia de la enfermedad de Alzheimer que los hombres en varios estudios europeos, pero la incidencia fue similar en hombres y mujeres en la mayoría de los estudios norteamericanos. Algunos estudios sugirieron que los síntomas de la demencia progresan más rápido en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, debido a que las mujeres se desempeñan mejor que los hombres de la misma edad en algunas pruebas de memoria verbal, también es posible que las diferencias de género reflejen los puntajes de corte de las pruebas utilizadas para respaldar un diagnóstico. Diferentes puntajes de corte pueden ser útiles en hombres y mujeres al evaluar el deterioro cognitivo leve.

Marcadores de diagnóstico

Las placas neuríticas con predominio de amiloide, los ovillos neurofibrilares con predominio de tau y la pérdida neuronal observada microscópicamente o manifestada en atrofia cortical regional (p. ej., hipocampal, parietal, frontal) son características del diagnóstico anatómopatológico de la enfermedad de Alzheimer y pueden confirmarse mediante estudios histopatológicos post mortem. examen. Para

694

casos de aparición temprana con herencia autosómica dominante aparente, una mutación en uno de los genes causales conocidos de la enfermedad de Alzheimer (proteína precursora de amiloide (**APP**), presenilina 1 (**PSEN1**) o presenilina 2 (**PSEN2**)) puede estar involucrada, y las pruebas genéticas para tales mutaciones están disponibles comercialmente, aunque por lo general sin utilidad clínica. Si bien **APOE E*4** no puede servir como marcador de diagnóstico porque es un factor de riesgo (es decir, ni

necesario ni suficiente para la aparición de la enfermedad), en raras ocasiones, las pruebas genéticas en este locus pueden tener utilidad en entornos clínicos.

Dado que el depósito de amiloide beta-42 en el cerebro ocurre temprano en la cascada fisiopatológica, las pruebas de diagnóstico basadas en amiloide, como las imágenes de amiloide en las tomografías PET cerebrales y los niveles reducidos de amiloide beta-42 en el LCR, pueden tener valor diagnóstico. Del mismo modo, las imágenes PET de tau o los análisis de LCR para niveles elevados de tau total o fosfo-tau están disponibles para uso clínico. Los signos de lesión neuronal, como la atrofia cortical del hipocampo y temporoparietal en una imagen de resonancia magnética y el hipometabolismo temporoparietal en una tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa, proporcionan evidencia de daño neuronal pero son menos específicos para la enfermedad de Alzheimer. La mayoría de estos biomarcadores han sido validados y están ampliamente disponibles en entornos de atención terciaria. Se están desarrollando biomarcadores derivados de la sangre para la enfermedad de Alzheimer y es probable que estén clínicamente disponibles como indicadores de diagnóstico, pronóstico y teranóstico.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

La enfermedad de Alzheimer se asocia con un riesgo moderado de suicidio incluso muchos años después del diagnóstico; por lo tanto, es apropiada la evaluación continua del estado de ánimo y las tendencias suicidas. Un gran estudio de población en Dinamarca encontró que el riesgo de suicidio en personas con un diagnóstico de demencia determinado por el hospital era de tres a ocho veces mayor en comparación con las personas sin demencia. Por el contrario, varios otros estudios encontraron resultados mixtos con respecto al riesgo de suicidio en personas con enfermedad de Alzheimer. Una revisión de la neurobiología del suicidio en los ancianos encontró evidencia preliminar de una asociación con los déficits cognitivos y el comportamiento suicida de los ancianos, especialmente con respecto a la toma de decisiones deteriorada y la inhibición cognitiva reducida.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor

o leve debido a la enfermedad de Alzheimer Debido al efecto sobre la cognición, el comportamiento y el funcionamiento, la ENT debido a la enfermedad de Alzheimer tiene un impacto grave y sustancial en las personas, sus cuidadores y familias. Al principio del curso de la enfermedad, la pérdida de memoria, la desorientación y los síntomas del estado de ánimo afectan negativamente a la independencia y crean problemas de seguridad (p. ej., en torno a la conducción). Para individuos con inicio en

edades más tempranas, las ENT debidas a la enfermedad de Alzheimer pueden llevar a la jubilación anticipada. A medida que avanza la enfermedad, los individuos se vuelven cada vez más discapacitados en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, y poco a poco se vuelven totalmente dependientes de los demás. Los cuidadores de personas con ENT debido a la enfermedad de Alzheimer a menudo ven que su red social se deteriora y desarrollan una serie de problemas de salud y de salud mental que pueden afectar negativamente los resultados tanto para el cuidador como para la persona con ENT.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos. Las ENT mayores y leves debidas a otros procesos neurodegenerativos (p. ej., enfermedad con cuerpos de Lewy, degeneración frontotemporal) comparten el inicio insidioso y el declive gradual causado por la enfermedad de Alzheimer, pero tienen características centrales distintivas propias (que no siempre están presentes). Por ejemplo, el NCD con cuerpos de Lewy se caracteriza típicamente por fluctuaciones frecuentes en la cognición al principio de la enfermedad, rasgos parkinsonianos, desequilibrios en la marcha y alucinaciones visuales. Las personas con NCD frontotemporal pueden presentar una variante conductual o de lenguaje distinta. La variante de comportamiento típicamente

695

se manifiesta primero con cambios prominentes en el comportamiento social, como desinhibición, apatía o comportamiento perseverante, que con frecuencia conducen a un diagnóstico psiquiátrico primario. Por el contrario, la variante del lenguaje del NCD frontotemporal puede manifestarse con deficiencias en el lenguaje expresivo o la comprensión de palabras.

En los NCD vasculares mayores o leves, por lo general hay un antecedente de accidente cerebrovascular temporalmente relacionado con el inicio del deterioro cognitivo, y los infartos o los depósitos de hemosiderina observados en las imágenes cerebrales pueden considerarse suficientes para explicar el cuadro clínico. Sin embargo, el NCD vascular mayor o leve comparte muchas características clínicas con la enfermedad de Alzheimer; frecuentemente la patología de Alzheimer se presenta sola o en combinación con patologías vasculares. Cabe señalar que el cambio en la sustancia blanca por sí solo no constituye evidencia suficiente de enfermedad cerebrovascular para proponer una etiología mixta si las otras consideraciones diagnósticas respaldan

debido a la enfermedad de Alzheimer. La presencia de cambios isquémicos subcorticales en las neuroimágenes debe interpretarse con cuidado en vista de si existe una patología de Alzheimer concurrente.

Otras enfermedades sistémicas o neurológicas activas concurrentes. Se deben considerar otras enfermedades neurológicas o sistémicas si existe una relación temporal y una gravedad apropiadas para explicar el cuadro clínico. En el nivel de NCD leve, puede ser difícil distinguir la etiología de la enfermedad de Alzheimer de la de otra afección médica (p. ej., trastornos de la tiroides, deficiencia de vitamina B12).

Trastorno depresivo mayor. Particularmente a nivel de ENT leve, el diagnóstico diferencial también incluye depresión mayor. La presencia de depresión puede estar asociada con un funcionamiento diario reducido y una concentración deficiente que puede parecerse a una ENT, pero la mejoría con el tratamiento de la depresión puede ser útil para hacer la distinción. Si se considera que los síntomas que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor se deben a los efectos fisiológicos de la enfermedad de Alzheimer, se debe dar un diagnóstico de trastorno depresivo debido a la enfermedad de Alzheimer, con un episodio similar a la depresión mayor, en lugar de un trastorno depresivo mayor.

Comorbilidad La

mayoría de las personas con enfermedad de Alzheimer son ancianos y tienen múltiples condiciones médicas que pueden complicar el diagnóstico e influir en el curso clínico. La ENT grave o leve debida a la enfermedad de Alzheimer suele coincidir con la enfermedad cerebrovascular, lo que contribuye al cuadro clínico. Cuando una condición comórbida contribuye a la ENT en un individuo con la enfermedad de Alzheimer, entonces se debe diagnosticar la ENT debido a múltiples etiologías.

Frontotemporal mayor o leve Trastorno neurocognitivo

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. La alteración tiene un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. Ya sea (1) o (2):

1. Variante de comportamiento:

una. Tres o más de los siguientes síntomas conductuales:

i. Desinhibición conductual.

ii. Apatía o inercia. iii.

Pérdida de simpatía o empatía.

696

IV. Perseverante, estereotipado o compulsivo/ritualista comportamiento.

v. Hiperoralidad y cambios en la dieta.

b. Disminución prominente en la cognición social y/o ejecutiva habilidades.

2. Variante de idioma:

una. Disminución prominente de la capacidad del lenguaje, en forma de producción del habla, búsqueda de palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de palabras.

D. Conservación relativa del aprendizaje y la memoria y la percepción función motora.

E. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia u otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

El trastorno neurocognitivo frontotemporal probable se diagnostica si cualquiera de los siguientes está presente; de lo contrario, se debe diagnosticar un **posible trastorno neurocognitivo frontotemporal** : 1. Evidencia de una mutación genética causante del trastorno neurocognitivo frontotemporal, ya sea a partir de antecedentes familiares o pruebas genéticas.

2. Evidencia de lóbulo frontal y/o temporal desproporcionado
afectación por neuroimagen.

Se diagnostica un **possible trastorno neurocognitivo frontotemporal** si no hay evidencia de una mutación genética y no se han realizado estudios de neuroimagen.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs. 682–683):

Para un trastorno neurocognitivo mayor debido a una probable o posible degeneración frontotemporal, con alteración del comportamiento, codifique primero **G31.09** degeneración frontotemporal, seguido de **F02.81**. Para trastorno neurocognitivo mayor debido a probable o posible degeneración frontotemporal, sin alteración del comportamiento, codifique primero **G31.09** degeneración frontotemporal, seguido de **F02.80**.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Para trastorno neurocognitivo leve debido a degeneración frontotemporal, codifique **G31.84**. (**Nota:** no utilice el código adicional para la degeneración frontotemporal. "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" **no** se pueden codificar, pero deben registrarse).

Para el trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve: Use código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la degeneración frontotemporal (p. ej., **F06.33** trastorno bipolar y relacionado debido a la degeneración frontotemporal, con rasgos maníacos; **F07.0** cambio de personalidad debido a degeneración frontotemporal, tipo desinhibido).

Características

diagnósticas El trastorno neurocognitivo frontotemporal (NCD) mayor o leve comprende una serie de variantes sindrómicas caracterizadas por el desarrollo progresivo de cambios en el comportamiento y la personalidad y/o deterioro del lenguaje. La variante conductual y las dos variantes lingüísticas (semántica y agramática/falta de fluidez) exhiben patrones distintos de atrofia cerebral y

alguna neuropatología distintiva. Se deben cumplir los criterios para la variante de comportamiento o de lenguaje para hacer el diagnóstico, pero muchas personas presentan características de ambas.

Las personas con NCD frontotemporal mayor o leve con variante conductual se presentan con diversos grados de apatía o desinhibición. Pueden perder interés en la socialización, el cuidado personal y las responsabilidades personales, o mostrar comportamientos socialmente inapropiados. La percepción suele estar alterada, y esto a menudo retrasa la consulta médica. La primera derivación suele ser a un psiquiatra. Los individuos pueden desarrollar cambios en el estilo social y en las creencias religiosas y políticas.

697

creencias, con movimientos repetitivos, acaparamiento, cambios en la conducta alimentaria e hiperoralidad. En etapas posteriores, puede ocurrir la pérdida del control de los esfínteres. El deterioro cognitivo es menos prominente y las pruebas formales pueden mostrar relativamente pocos déficits en las primeras etapas. Los síntomas neurocognitivos comunes son la falta de planificación y organización, la distracción y la falta de juicio. Se presentan deficiencias en la función ejecutiva, como desempeño deficiente en pruebas de flexibilidad mental, razonamiento abstracto e inhibición de la respuesta, pero el aprendizaje y la memoria están relativamente intactos, y las habilidades perceptivo-motoras casi siempre se conservan en las primeras etapas.

Las personas con NCD frontotemporal mayor o leve variante del lenguaje presentan afasia progresiva primaria con inicio gradual, con dos subtipos comúnmente descritos: variante semántica y variante agramática/no fluida; cada variante tiene características distintivas y neuropatología correspondiente. Una tercera forma de deterioro progresivo del lenguaje, llamada afasia progresiva logopénica, está asociada con disfunción temporoparietal izquierda y, a menudo, es causada por patología de la enfermedad de Alzheimer.

“Probable” se distingue de “ posible” NCD frontotemporal por la presencia de factores genéticos causales (p. ej., mutaciones en el gen que codifica para la proteína tau asociada a microtúbulos) o por la presencia de atrofia distintiva o actividad reducida en regiones frontotemporales en estructuras o funciones. formación de imágenes

Funciones asociadas

Las características extrapiramidales pueden ser prominentes en algunos casos, con una superposición con síndromes como la parálisis supranuclear progresiva y la degeneración corticobasal. En algunos casos pueden presentarse características de enfermedad de la neurona motora (p. ej., atrofia muscular, debilidad). Un subconjunto de individuos desarrolla alucinaciones visuales.

Predominio

El NCD frontotemporal mayor o leve es una causa común de NCD de inicio temprano en personas menores de 65 años. En estudios internacionales, las estimaciones de prevalencia en la población están en el rango de 2 a 31 por 100 000, con tasas generales que generalmente son iguales en hombres y mujeres, aunque existe variación entre los estudios. Aproximadamente del 20% al 25% de los casos de NCD frontotemporal ocurren en personas mayores de 65 años. El NCD frontotemporal representa alrededor del 5% de todos los casos de demencia en series de autopsias no seleccionadas.

La variante conductual es la presentación más común de NCD debido a la degeneración frontotemporal, ocurriendo en aproximadamente el 60% de los casos.

Desarrollo y curso

Las personas con

NCD frontotemporal mayor o leve comúnmente se presentan alrededor de los 50 años, aunque la edad de inicio varía entre los 20 y los 80 años. La enfermedad progresá gradualmente, con una mediana de supervivencia de 6 a 11 años después del inicio de los síntomas y de 3 a 4 años después del diagnóstico. La supervivencia es más corta y el deterioro es más rápido en las ENT frontotemporales mayores o leves que en la enfermedad de Alzheimer típica.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos

Aproximadamente el 40 % de las personas con NCD frontotemporal mayor o leve tienen antecedentes familiares de NCD de aparición temprana, y aproximadamente el 10 % muestra un patrón de herencia autosómico dominante. Se han identificado varios factores genéticos, como mutaciones en el gen que codifica la proteína tau asociada a microtúbulos (**MAPT**), el gen de la granulina (**GRN**) y el gen **C9ORF72 (C9orf72)**. Se han identificado varias familias con mutaciones causales (consulte la sección "Marcadores de diagnóstico" para este trastorno), pero muchas personas con mutaciones familiares conocidas

transmisión no tienen una mutación conocida. La presencia de enfermedad de la motoneurona se asocia con un deterioro más rápido.

698

Marcadores de diagnóstico

La tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética estructural (IRM) pueden mostrar distintos patrones de atrofia. En el NCD frontotemporal mayor o leve con variante conductual, tanto los lóbulos frontales (especialmente los lóbulos frontales medios) como los lóbulos temporales anteriores están atróficos. En el NCD frontotemporal mayor o leve variante del lenguaje semántico, los lóbulos temporales medio, inferior y anterior están atróficos bilateralmente pero de forma asimétrica, y el lado izquierdo suele estar más afectado. El NCD frontotemporal mayor o leve variante del lenguaje sin fluidez se asocia con atrofia frontal-insular predominantemente posterior izquierda. Las imágenes funcionales demuestran hipoperfusión y/o hipometabolismo cortical en las regiones cerebrales correspondientes, que pueden estar presentes en las primeras etapas en ausencia de anomalías estructurales.

Los biomarcadores emergentes para la enfermedad de Alzheimer (p. ej., los niveles de amiloide-beta y tau en el líquido cefalorraquídeo, y las imágenes de amiloide) pueden ayudar en el diagnóstico diferencial, pero la distinción con la enfermedad de Alzheimer puede seguir siendo difícil.

En casos familiares de NCD frontotemporal, la identificación de mutaciones genéticas puede ayudar a confirmar el diagnóstico. Las mutaciones asociadas con NCD frontotemporal incluyen los genes que codifican la proteína tau asociada a microtúbulos (MAPT) y granulina (GRN), C9ORF72, proteína de unión a ADN de respuesta transactiva de 43 kDa (TDP-43 o TARDBP), proteína que contiene valosina (VCP) , proteína modificadora de cromatina 2B (CHMP2B) y fusionada en proteína de sarcoma (FUS).

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo

frontotemporal mayor o leve Debido a la edad relativamente temprana de aparición del trastorno, a menudo afecta el lugar de trabajo y la vida familiar. Debido a la participación del lenguaje y/o la conducta, la función a menudo se ve más severamente afectada relativamente temprano en el curso. Para individuos con la variante de comportamiento, antes del diagnóstico

Aclaración: puede haber trastornos familiares significativos, problemas legales y problemas en el lugar de trabajo debido a comportamientos socialmente inapropiados. El deterioro funcional atribuible al cambio de comportamiento y la disfunción del lenguaje, que puede incluir hiperoralidad, deambulación impulsiva y otros comportamientos desinhibidos, puede exceder con creces el atribuible al trastorno cognitivo y puede conducir a la internación o internación en un asilo de ancianos. Estos comportamientos pueden ser muy perjudiciales, incluso en entornos de atención estructurada, en particular cuando las personas son sanas, no frágiles y libres de otras comorbilidades médicas.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos. Otras enfermedades neurodegenerativas pueden distinguirse de las ENT frontotemporales mayores o leves por sus rasgos característicos. En las ENT graves o leves debidas a la enfermedad de Alzheimer, la disminución del aprendizaje y la memoria es una característica temprana. Sin embargo, entre el 10% y el 30% de las personas que presentan un síndrome sugestivo de NCD frontotemporal mayor o leve se encuentra en la autopsia que tienen patología de la enfermedad de Alzheimer. Esto ocurre con mayor frecuencia en individuos que presentan síndromes ejecutivos progresivos en ausencia de cambios de comportamiento o trastorno del movimiento o en aquellos con la variante logopénica.

En NCD mayor o leve con cuerpos de Lewy, deben estar presentes características centrales y sugestivas de cuerpos de Lewy. En las ENT graves o leves debidas a la enfermedad de Parkinson, el parkinsonismo espontáneo surge mucho antes que el deterioro cognitivo. En los NCD vasculares mayores o leves, dependiendo de las regiones cerebrales afectadas, también puede haber pérdida de la función ejecutiva y cambios de comportamiento como apatía, y este trastorno debe considerarse en el diagnóstico diferencial. Sin embargo, la historia de un evento cerebrovascular se relaciona temporalmente con el inicio del deterioro cognitivo en NCD vascular mayor o leve, y las neuroimágenes revelan infartos o lesiones de sustancia blanca suficientes para explicar el cuadro clínico.

Otras condiciones neurológicas. El NCD frontotemporal mayor o leve se superpone con parálisis supranuclear progresiva, degeneración corticobasal y motor.

enfermedad neuronal tanto clínica como patológicamente. La parálisis supranuclear progresiva se caracteriza por parálisis de la mirada supranuclear y parkinsonismo de predominio axial. Los signos pseudobulbares pueden estar presentes y la retropulsión (pérdida del equilibrio en dirección hacia atrás) a menudo es prominente. La evaluación neurocognitiva muestra enlentecimiento psicomotor, mala memoria de trabajo y disfunción ejecutiva. La degeneración corticobasal se presenta con rigidez asimétrica, apraxia de las extremidades, inestabilidad postural, mioclonías, fenómeno de extremidades extrañas y pérdida sensorial cortical. Muchos individuos con variante conductual de NCD frontotemporal mayor o leve muestran características de enfermedad de la motoneurona, que tienden a ser una enfermedad mixta de la motoneurona superior y predominantemente inferior.

Otros trastornos mentales y condiciones médicas.

El NCD frontotemporal mayor o leve con variante conductual puede confundirse con un trastorno mental primario, como depresión mayor, trastorno bipolar o esquizofrenia, y los individuos con esta variante a menudo acuden inicialmente a psiquiatría. Con el tiempo, el desarrollo de dificultades neurocognitivas progresivas ayudará a hacer la distinción. Una evaluación médica cuidadosa ayudará a excluir las causas tratables de las ENT, como los trastornos metabólicos, las deficiencias nutricionales y las infecciones. Si se considera que los síntomas característicos de un trastorno mental primario (p. ej., delirios) se deben a los efectos fisiológicos de la degeneración frontotemporal, se debe dar un diagnóstico de trastorno mental apropiado debido a la degeneración frontotemporal en lugar del trastorno psicótico primario (p. ej., trastorno psicótico por degeneración frontotemporal, con delirios).

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con Cuerpos de Lewy

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno tiene un comienzo insidioso y una progresión gradual.

C. El trastorno cumple con una combinación de características diagnósticas centrales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy.

Para un probable trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy, el individuo tiene dos características centrales, o una característica sugestiva con una o más características centrales. **Para un posible trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy**, el individuo tiene solo una característica central o una o más características sugestivas.

1. Características principales de diagnóstico:

- a. Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas en la atención y el estado de alerta.
- b. Alucinaciones visuales recurrentes que están bien formadas y detallada.
- c. Características espontáneas del parkinsonismo, con inicio posterior al desarrollo del deterioro cognitivo.

2. Características diagnósticas sugestivas: a.

- Cumple con los criterios para el comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos trastorno.
- b. Sensibilidad neuroléptica severa.

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia u otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs. 682–683): Para un trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy probables o posibles, con alteración del comportamiento, codifique primero **G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy**, seguido de **F02.81**.

700

Para trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy probables o posibles, sin alteración del comportamiento, codifique primero **G31.83 Lewy**

enfermedad corporal, seguida de **F02.80**. **Nota:** Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Para trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy, codifique **G31.84**.

(**Nota:** no utilice el código adicional **para** la enfermedad de cuerpos de Lewy. "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para el trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy: use código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad de cuerpos de Lewy (p. ej., **F06.0** trastorno psicótico debido a la enfermedad de cuerpos de Lewy, con alucinaciones; **F06.31** trastorno depresivo debido a la enfermedad de cuerpos de Lewy, con características depresivas).

Características diagnósticas

El trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy corresponde a la condición conocida como demencia con cuerpos de Lewy (DLB). La categoría general de trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (NCDLB) incluye no solo el deterioro cognitivo progresivo (con cambios tempranos en la atención, la función ejecutiva y la capacidad visuoperceptiva, en lugar del aprendizaje y la memoria), sino también alucinaciones visuales complejas y recurrentes; y síntomas concurrentes del trastorno de comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos (REM, por sus siglas en inglés) (que puede ser una manifestación muy temprana); así como alucinaciones en otras modalidades sensoriales, apatía, ansiedad, depresión y delirios. Los síntomas cognitivos pueden fluctuar en un patrón que puede parecerse a un delirio, para el cual puede encontrarse o no un factor desencadenante adecuado. La presentación variable de los síntomas de NCDLB reduce la probabilidad de que se observen todos los síntomas en una breve visita a la clínica y requiere una evaluación exhaustiva, incluidas las observaciones del cuidador. El uso de escalas de evaluación diseñadas específicamente para evaluar la fluctuación puede ayudar en el diagnóstico. Otra característica central es el parkinsonismo espontáneo; esto a menudo puede ser relativamente leve, y el grado de respuesta a la terapia con levodopa es variable. Hasta el 25% de las personas con probable NCDLB nunca pueden desarrollar signos extrapiramidales, y no son esenciales para el diagnóstico. El parkinsonis-

distinguirse de los signos extrapiramidales inducidos por neurolépticos. El diagnóstico preciso es esencial para la planificación segura del tratamiento, ya que hasta el 50 % de las personas con NCDLB tienen una sensibilidad grave a los medicamentos neurolépticos, y estos medicamentos deben usarse con extrema precaución en personas con sospecha de diagnóstico de NCDLB.

El diagnóstico de NCDLB leve es apropiado para personas que presentan las características clínicas centrales en una etapa en la que los deterioros cognitivos o funcionales no son lo suficientemente graves como para cumplir los criterios de NCD mayor, en particular si los déficits cognitivos no amnésicos son prominentes. Sin embargo, como ocurre con todas las ENT leves, a menudo no habrá pruebas suficientes para justificar una sola etiología, y el uso de un diagnóstico no especificado puede ser más apropiado.

Funciones asociadas

Las personas con NCDLB con frecuencia experimentan caídas repetidas, síncope u otros episodios transitorios de falta de respuesta. Puede observarse disfunción autonómica, que incluye hipotensión ortostática, estreñimiento e incontinencia urinaria; también se puede observar hipersomnia e hiposmia.

Predominio

Los datos limitados de varios países de ingresos altos, bajos y medianos muestran que las estimaciones de prevalencia de NCDLB basadas en la población oscilan entre el 0 % y el 1,2 % de la población general de ancianos y entre el 0 % y el 9,7 % de todos los casos de demencia. La prevalencia media de NCDLB mayor fue del 4,2 % de todas las demencias en la comunidad y, en estudios clínicos, aumentó al 7,5 % de todas las demencias. La prevalencia clínica de NCDLB mayor entre

las personas con demencia no parecen verse significativamente afectadas ni por la edad ni por el sexo. En estudios de Estados Unidos y Reino Unido, las lesiones patológicas conocidas como cuerpos de Lewy están presentes en el 20-35% de los casos de demencia. En un estudio basado en la población en Minnesota que se basó en

registros médicos, la incidencia de NCDLB fue aproximadamente tres veces mayor en hombres que en mujeres de 65 años o más.

Desarrollo y curso NCDLB es un

trastorno gradualmente progresivo con inicio insidioso. Sin embargo, a menudo hay antecedentes prodromicos de episodios de confusión (delirio) de inicio agudo, que pueden ser precipitados por una enfermedad o una cirugía. La distinción entre el NCDLB, en el que los cuerpos de Lewy tienen una ubicación principalmente límbica (con o sin afectación neocortical), y el NCD mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson, que comienza en el tronco encefálico, es el orden en que surgen los síntomas cognitivos y motores. . En NCDLB, el deterioro cognitivo se manifiesta temprano en el curso de la enfermedad (consulte la sección "Diagnóstico diferencial" para este trastorno).

El inicio de los síntomas se observa típicamente en personas de 50 a 89 años, y la mayoría de los casos tienen un inicio en personas a mediados de los 70 años. El curso de la enfermedad puede caracterizarse por mesetas ocasionales, pero eventualmente prograda a través de una demencia severa hasta la muerte. La duración media de la supervivencia es de 5,5 a 7,7 años desde el inicio del deterioro cognitivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos

Puede ocurrir agregación familiar y se han identificado varios genes de riesgo; pero en la mayoría de los casos de NCDLB, no hay antecedentes familiares. Los estudios disponibles sugieren que los factores de riesgo genéticos son tan importantes en la NCDLB como en la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson.

Marcadores de diagnóstico Se

puede considerar que los biomarcadores indicativos de NCDLB tienen un peso de diagnóstico equivalente a las características clínicas principales; estos incluyen captación baja del transportador de dopamina del estriado en la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) o la tomografía por emisión de positrones (PET), gammagrafía miocárdica anormal (captación baja) (MIBG) que sugiere denervación simpática cardíaca y confirmación polisomnográfica de sueño REM sin atonía. La afección asociada, el trastorno del comportamiento del sueño REM, puede diagnosticarse a través de un estudio formal del sueño o identificarse mediante preguntas.

al individuo o informante sobre los síntomas relevantes. La enfermedad neurodegenerativa subyacente se asocia principalmente con el mal plegamiento y la agregación de β -sinucleína, lo que puede confirmarse mediante un examen histopatológico post mortem. Las pruebas neuropsicológicas más allá del uso de un breve instrumento de detección pueden ser necesarias para definir claramente los déficits cognitivos. Las escalas de evaluación desarrolladas para medir la fluctuación pueden ser útiles.

Los biomarcadores que respaldan el NCDLB pero con evidencia más limitada de valor diagnóstico incluyen los siguientes: preservación del volumen temporal medial en relación con la enfermedad de Alzheimer en la resonancia magnética nuclear (RMN), captación baja generalizada en la exploración de perfusión SPECT/PET con actividad occipital reducida con o sin la signo de la isla cingulada (preservación de la corteza cingulada posterior en relación con el precuneus más el cuneus en las imágenes de fluorodesoxiglucosa-PET) y actividad prominente de ondas lentas en el electroencefalograma con fluctuaciones periódicas en el rango pre-alfa/theta.

Consecuencias funcionales de mayor o menor Trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy

Las personas con NCDLB están más deterioradas funcionalmente de lo que se esperaría por sus déficits cognitivos en comparación con las personas con otras enfermedades neurodegenerativas.

702

como la enfermedad de Alzheimer. Esto es en gran parte el resultado de deficiencias motoras y autonómicas, que causan problemas para ir al baño, trasladarse y comer. Los trastornos del sueño y los síntomas psiquiátricos prominentes también pueden sumarse a las dificultades funcionales. En consecuencia, la calidad de vida de las personas con NCDLB suele ser significativamente peor que la de las personas con la enfermedad de Alzheimer.

Diagnóstico diferencial

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson. La distinción entre NCDLB y NCD debido a la enfermedad de Parkinson se basa en el momento y la secuencia de los síntomas motores y los síntomas cognitivos.

Los criterios de consenso para DLB separan NCDLB de NCD debido a la enfermedad de Parkinson al especificar que para que la demencia se atribuya a la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de enfermedad de Parkinson está presente durante al menos 1 año antes de que el deterioro cognitivo alcance el nivel de NCD mayor, mientras que para NCDLB, los síntomas cognitivos pueden comenzar antes, con o en ausencia de parkinsonismo. Por el contrario, los criterios de consenso de expertos para la enfermedad de Parkinson proponen que si el deterioro cognitivo ocurre antes de un diagnóstico motor, aún se puede realizar el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson; por lo tanto, un médico puede atribuir el deterioro cognitivo a la enfermedad de Parkinson y diagnosticar la ENT debido a la enfermedad de Parkinson. En consecuencia, el médico puede elegir diagnosticar NCD debido a la enfermedad de Parkinson o NCDLB para personas con NCD importante que comienza antes o dentro de los 12 meses posteriores a la enfermedad de Parkinson. En tales circunstancias, el médico decide qué diagnóstico es más apropiado. Si la enfermedad de Parkinson ha sido diagnosticada durante al menos 1 año antes del inicio de los síntomas cognitivos, entonces ambos criterios de expertos coinciden en que la ENT debida a la enfermedad de Parkinson normalmente sería el diagnóstico apropiado. El momento y la secuencia del parkinsonismo y el NCD leve pueden ser particularmente difíciles de determinar, y es posible que sea necesario diagnosticar el NCD no especificado hasta que el orden de progresión clínica sea evidente.

Comorbilidad La

patología de cuerpos de Lewy frecuentemente coexiste con la enfermedad de Alzheimer, la patología relacionada con la proteína 43 de unión al ADN de respuesta transactiva (TDP-43) y la patología de la enfermedad cerebrovascular, particularmente en los grupos de mayor edad. TDP-43 es una proteína que se ha identificado como una fuente de proteinopatías en una variedad de trastornos neurodegenerativos, incluida la esclerosis lateral amiotrófica y la degeneración frontotemporal. La presencia de múltiples lesiones patológicas tiene implicaciones en el pronóstico de la enfermedad y puede estar asociada con un deterioro cognitivo más rápido y un tiempo de supervivencia más corto.

Neurocognitivo vascular mayor o leve Trastorno

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Las características clínicas son consistentes con una etiología vascular, como lo sugiere cualquiera de los siguientes: 1. El inicio de los déficits cognitivos está temporalmente relacionado con uno o más eventos cerebrovasculares.
2. La evidencia de declive es prominente en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y la función ejecutiva frontal.

703

- C. Hay evidencia de la presencia de enfermedad cerebrovascular a partir de la historia clínica, el examen físico y/o las pruebas de neuroimagen que se consideran suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.
- D. Los síntomas no se explican mejor por otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo vascular probable** si se presenta uno de los siguientes; de lo contrario , se debe diagnosticar un **possible trastorno neurocognitivo vascular** : 1. Los criterios clínicos están respaldados por evidencia de neuroimagen de lesión parenquimatosa significativa atribuida a enfermedad cerebrovascular (apoyado por neuroimagen).

- 2. El síndrome neurocognitivo se relaciona temporalmente con uno o eventos cerebrovasculares más documentados.
- 3. Hay evidencia tanto clínica como genética (p. ej., infartos cerebrales dominantes, arteriopatía subcortical, ^{con} arteriopatía cerebral autosómica, arteriopatía cerebral y/o encefalopatía de enfermedad

Se diagnostica un **possible trastorno neurocognitivo vascular** si se cumplen los criterios clínicos pero no se dispone de neuroimagen y el

No se establece la relación temporal del síndrome neurocognitivo con uno o más eventos cerebrovasculares.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs. 682 y 683): para un trastorno neurocognitivo mayor probable o posiblemente debido a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento, codifique **F01.51**.

Para un trastorno neurocognitivo mayor probable o posiblemente debido a una enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento, codifique **F01.50**.

No se utiliza un código médico adicional para la enfermedad vascular.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Para trastorno neurocognitivo vascular leve, codifique **G31.84**. (**Nota:** no utilice *un* código adicional para la enfermedad vascular. "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero aún deben registrarse).

Para trastornos neurocognitivos vasculares mayores o leves: Use código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad cerebrovascular (p. ej., **F06.31** trastorno depresivo debido a enfermedad cerebrovascular, con características depresivas).

Características diagnósticas

El diagnóstico de trastorno neurocognitivo vascular (NCD) mayor o leve requiere el establecimiento de un NCD (Criterio A) y la determinación de que la enfermedad cerebrovascular es la patología dominante, si no exclusiva, que explica los déficits cognitivos (Criterios B y C). La etiología vascular puede variar desde accidente cerebrovascular de grandes vasos hasta enfermedad microvascular; por tanto, la presentación es muy heterogénea, en función de los tipos de lesiones vasculares y de su extensión y localización. Las lesiones pueden ser focales, multifocales o difusas y ocurren en varias combinaciones. Los mecanismos patogénicos responsables de la lesión del parénquima cerebral incluyen hipoperfusión e hipoxia, estrés oxidativo e inflamación que conducen a disfunción endotelial, alteración de la autorregulación y alteración del acoplamiento neurovascular.

Muchos individuos con NCD vascular importante o leve presentan múltiples infartos, con una disminución gradual o fluctuante aguda de la cognición, y períodos intermedios de estabilidad e incluso alguna mejoría.

Otros pueden tener un inicio gradual con una progresión lenta, un rápido desarrollo de déficit seguido de una relativa estabilidad u otra presentación compleja.

La NCD vascular mayor o leve con un inicio gradual y una progresión lenta generalmente se atribuye a la enfermedad de los vasos pequeños que conduce a lesiones en la sustancia blanca, los ganglios basales o el tálamo. La progresión gradual en estos casos a menudo está salpicada de episodios agudos.

704

eventos que dejan sutiles déficits neurológicos. Los déficits cognitivos en estos casos pueden atribuirse a la interrupción de los circuitos córtico-subcorticales; es probable que se vean afectadas la atención compleja, en particular la velocidad de procesamiento de la información y la función ejecutiva. Se han descrito subtipos clínicos de NCD vascular e incluyen 1) NCD posterior a un accidente cerebrovascular, que se manifiesta inmediatamente después de un accidente cerebrovascular; 2) NCD vascular isquémico subcortical; 3) ENT multiinfarto (cortical); y 4) NCD vascular córtico-subcortical.

La evaluación de la presencia de suficiente enfermedad cerebrovascular se basa en la historia clínica, el examen físico y las neuroimágenes (Criterio C).

La certeza etiológica requiere la demostración de anomalías en neuroimagen. La falta de neuroimágenes puede resultar en una inexactitud diagnóstica significativa al pasar por alto el infarto cerebral "silencioso" y las lesiones de la sustancia blanca. Sin embargo, si el deterioro neurocognitivo se asocia temporalmente con uno o más accidentes cerebrovasculares bien documentados, se puede hacer un diagnóstico probable en ausencia de neuroimágenes. La evidencia clínica de enfermedad cerebrovascular incluye antecedentes documentados de accidente cerebrovascular, con deterioro cognitivo asociado temporalmente con el evento, o signos físicos compatibles con accidente cerebrovascular (p. ej., hemiparesia, síndrome pseudobulbar, defecto del campo visual).

Las pruebas de neuroimagen (imágenes por resonancia magnética [IRM] o tomografía computarizada [TC]) de enfermedad cerebrovascular comprenden uno o más de los siguientes: uno o más infartos o hemorragias de grandes vasos, un infarto único o hemorragia estratégicamente ubicado (p. ej., en la circunvolución angular, tálamo, prosencéfalo basal), dos o más lagunas fuera del tronco encefálico, o lesiones de sustancia blanca extensas y confluentes. Este último a menudo se denomina

enfermedad de vasos pequeños o cambios isquémicos subcorticales en las evaluaciones clínicas de neuroimagen. La MRI es el modo preferido de neuroimagen, y ha habido interés en usar técnicas de MRI especializadas para detectar microhemorragias cerebrales, microinfartos corticales, espacios perivasculares dilatados y análisis basados en difusión de tractos de sustancia blanca y conectividad de red.

Para NCD vascular leve, la historia de un solo accidente cerebrovascular o enfermedad extensa de la sustancia blanca generalmente es suficiente. Para las NCD vasculares importantes, generalmente se necesitan dos o más accidentes cerebrovasculares, un accidente cerebrovascular ubicado estratégicamente o una combinación de enfermedad de la sustancia blanca y una o más lagunas. Sin embargo, la relación entre la patología vascular identificable en el cerebro en las neuroimágenes y los síntomas cognitivos es imperfecta, y generalmente se necesita juicio clínico para relacionar las lesiones vasculares con el síndrome cognitivo.

Los síntomas neurocognitivos no deben explicarse mejor por otra condición médica o trastorno mental. Por ejemplo, un déficit de memoria prominente al principio del curso podría sugerir un NCD debido a la enfermedad de Alzheimer, las características parkinsonianas tempranas y prominentes sugerirían un NCD debido a la enfermedad de Parkinson, y una estrecha asociación entre el inicio de los síntomas cognitivos y depresivos sugeriría un deterioro cognitivo como resultado de la enfermedad. depresión.

Varios grupos internacionales de expertos han definido y categorizado de manera similar las ENT vasculares, con las que los criterios del DSM-5 generalmente muestran una buena correspondencia.

Funciones asociadas

Una evaluación neurológica a menudo revela antecedentes de accidente cerebrovascular o episodios isquémicos transitorios y signos indicativos de infartos cerebrales. También se asocian comúnmente cambios de personalidad y estado de ánimo, abulia, depresión y labilidad emocional. El desarrollo de síntomas depresivos de inicio tardío acompañados de enfleñecimiento psicomotor y disfunción ejecutiva es una presentación común entre los adultos mayores con enfermedad isquémica progresiva de vasos pequeños (la llamada depresión vascular).

Predominio

La enfermedad vascular es la segunda causa más común de ENT después de la enfermedad de Alzheimer. En los Estados Unidos, las estimaciones de prevalencia de la demencia vascular en la población son del 0,98 % para las personas de 71 a 79 años, del 4,09 % para las de 80 a 89 años y del 6,19 % para las de 90 años o más.

Dentro de los 3 meses posteriores al accidente cerebrovascular, entre el 20% y el 30% de las personas son diagnosticadas con

705

demencia. En una serie europea de autopsias de fallecidos de 60 a 103 años, la prevalencia de demencia vascular pura fue del 12,3 %. Entre los de 60 a 69 años, la prevalencia fue mayor (15,0%) en comparación con los mayores de 90 años (8,7%). La demencia mixta (Alzheimer más patología vascular) estuvo presente en el 5,5% de la cohorte total, con una mayor prevalencia en los mayores de 90 años (10,6%) en comparación con los de 60 a 69 años (5,2%).

Se ha encontrado una mayor prevalencia de demencia vascular entre los afroamericanos, los mexicanoamericanos y los estadounidenses del sur de Asia en comparación con los blancos no latinos, posiblemente debido a las tasas más altas de factores de riesgo como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. En Japón y varios otros países asiáticos, la prevalencia de la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer ha aumentado con el tiempo en relación con la demencia vascular. Actualmente, la prevalencia de la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer entre los estadounidenses de origen japonés es 2,6 veces mayor que la de la demencia vascular.

El accidente cerebrovascular es más común en hombres hasta los 65 años, pero más común en mujeres después de los 65 años. En general, la tasa de ENT vascular fue mayor en los hombres en algunos estudios.

Desarrollo y curso El NCD vascular

mayor o leve puede ocurrir a cualquier edad, aunque la prevalencia aumenta exponencialmente después de los 65 años. En las personas mayores, casi siempre hay patologías adicionales presentes y explican en parte los déficits neurocognitivos. El curso puede variar desde un inicio agudo con una mejoría parcial hasta un declive escalonado y un declive progresivo, con fluctuaciones y mesetas de duración variable. El NCD vascular mayor o leve subcortical puro puede tener un curso lentamente progresivo que simula una enfermedad mayor o leve.

ENT debido a la enfermedad de Alzheimer. El riesgo de que un accidente cerebrovascular isquémico progrese a NCD vascular dentro de los 5 años fue casi el doble entre los afroamericanos que entre los blancos no latinos en los Estados Unidos y ocurrió a edades más tempranas. Esto posiblemente sea el resultado del impacto de tasas más altas de hipertensión, diabetes y determinantes sociales adversos de la salud mental que se sabe que empeoran el riesgo de demencia, como una educación formal limitada y un nivel socioeconómico bajo.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los resultados neurocognitivos de la lesión cerebral vascular están influenciados por factores de neuroplasticidad como la educación, el ejercicio físico y la actividad mental.

Genético y fisiológico. Los principales factores de riesgo de las ENT vasculares mayores o leves son los mismos que los de la enfermedad cerebrovascular y el accidente cerebrovascular, como hipertensión, diabetes, tabaquismo, obesidad, niveles altos de colesterol, niveles altos de homocisteína, otros factores de riesgo de aterosclerosis y arteriolosclerosis, fibrilación auricular y otras condiciones que aumentan el riesgo de embolia cerebral. La angiopatía amiloide cerebral, que conduce a una hemorragia cerebral, es un factor de riesgo importante en el que se producen depósitos de amiloide en los vasos arteriales. Un factor de riesgo genético es la enfermedad hereditaria arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía, o CADASIL. Existen otras formas más raras de trastornos genéticos relacionados con las ENT vasculares, pero en general la contribución de la genética es pequeña.

Marcadores de diagnóstico

La neuroimagen estructural, usando MRI o CT, tiene un papel importante en el proceso de diagnóstico. No hay otros biomarcadores establecidos de ENT vascular mayor o leve.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve El NCD vascular mayor o leve se asocia comúnmente con deficiencias físicas que causan discapacidad adicional.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos. Dado que los infartos cerebrales incidentales y las lesiones de la sustancia blanca son comunes en las personas mayores, es importante considerar otras posibles etiologías cuando una ENT está presente en un individuo con lesiones de la sustancia blanca. Una historia de déficit de memoria al principio del curso y un empeoramiento progresivo de la memoria, el lenguaje, la función ejecutiva y las habilidades perceptivo-motoras en ausencia de lesiones focales correspondientes en las imágenes cerebrales sugieren la enfermedad de Alzheimer como diagnóstico primario. Los biomarcadores potenciales que se validan actualmente para la enfermedad de Alzheimer, como los niveles de β -amiloide y tau fosforilada en el líquido cefalorraquídeo, y las imágenes de amiloide y tau, pueden resultar útiles en el diagnóstico diferencial. El NCD con cuerpos de Lewy se distingue del NCD vascular mayor o leve por sus características centrales de cognición fluctuante, alucinaciones visuales y parkinsonismo espontáneo. Mientras que los déficits en la función ejecutiva y el lenguaje ocurren en NCD vasculares mayores o leves, el inicio insidioso y la progresión gradual de las características conductuales o el deterioro del lenguaje son características de NCD frontotemporal y no son típicos de la etiología vascular.

Otras condiciones médicas. No se realiza un diagnóstico de NCD vascular mayor o leve si otras enfermedades (p. ej., tumor cerebral, esclerosis múltiple, encefalitis, trastornos tóxicos o metabólicos) están presentes y son de suficiente gravedad para explicar el deterioro cognitivo.

Otros trastornos mentales. Un diagnóstico de NCD vascular mayor o leve es inapropiado si los síntomas pueden atribuirse completamente al delirio, aunque el delirio a veces puede superponerse a un NCD vascular mayor o leve preexistente, en cuyo caso se pueden hacer ambos diagnósticos. Si se cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor y el deterioro cognitivo está temporalmente relacionado con el inicio probable de la depresión, no se debe diagnosticar un NCD vascular mayor o leve. Sin embargo, si el NCD precedió al desarrollo de la depresión, o si la gravedad del deterioro cognitivo no guarda proporción con la gravedad de la depresión, se debe diagnosticar un trastorno depresivo debido a una enfermedad cerebrovascular en lugar de un trastorno depresivo mayor.

Comorbilidad EI

NCD mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer comúnmente ocurre junto con el NCD vascular mayor o leve, en cuyo caso se deben realizar ambos diagnósticos. EI NCD vascular mayor o leve y la depresión con frecuencia coexisten.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a traumatismo craneoencefálico

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Hay evidencia de una lesión cerebral traumática, es decir, un impacto en la cabeza u otros mecanismos de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, con uno o más de los siguientes:
 - 1. Pérdida de la conciencia.
 - 2. Amnesia postraumática.
 - 3. Desorientación y confusión.
 - 4. Signos neurológicos (p. ej., neuroimagen que demuestra lesión, cortes en el campo visual, anosmia, hemiparesia, pérdida hemisensorial, ceguera cortical, afasia, apraxia, debilidad;

707

pérdida del equilibrio; otra pérdida sensorial que no puede explicarse por causas periféricas o de otro tipo).

- C. El trastorno neurocognitivo se presenta inmediatamente después de la ocurrencia de la lesión cerebral traumática o inmediatamente después de la recuperación de la conciencia y persiste más allá del período agudo posterior a la lesión.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs. 682–683):

Para trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento: codifique primero **S06.2X9S** lesión cerebral traumática difusa con pérdida del conocimiento de duración no especificada, secuela; seguido de **F02.81** trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento.

Para trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, sin alteración del comportamiento: codifique primero **S06.2X9S** lesión cerebral traumática difusa con pérdida del conocimiento de duración no especificada, secuela; seguido de **F02.80** trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, sin alteración del comportamiento.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Para trastorno neurocognitivo leve debido a lesión cerebral traumática, codifique **G31.84**. (**Nota:** no utilice el código adicional para lesión cerebral traumática. "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" **no** se pueden codificar, pero aún deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática: Use códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a lesión cerebral traumática (p. ej., **F06.34** trastorno bipolar y relacionado debido a lesión cerebral traumática, con características mixtas; **F07.0** cambio de personalidad debido a lesión cerebral traumática, tipo apático).

Especificadores

Califique la gravedad del trastorno neurocognitivo (ENT), no la lesión cerebral traumática subyacente (consulte la sección "Desarrollo y curso" para este trastorno).

Características diagnósticas

El NCD mayor o leve debido a una lesión cerebral traumática (TBI) denota un trastorno adquirido y persistente de la cognición como resultado de una lesión cerebral traumática.

La lesión cerebral traumática se define como la interrupción de la estructura y/o función del cerebro como resultado de la aplicación de fuerzas biomecánicas (incluidas las fuerzas de aceleración/desaceleración y las fuerzas relacionadas con la onda expansiva), que se manifiesta inmediatamente por uno o más de los siguientes signos clínicos: pérdida del conocimiento , pérdida de la memoria de eventos inmediatamente anteriores o posteriores a la lesión (amnesia postraumática), alteración del estado mental (p. ej., confusión, desorientación, pensamiento lento) o signos neurológicos focales (p. ej., hemiparesia, pérdida hemisensorial, ceguera cortical, afasia, apraxia , debilidad, pérdida del equilibrio, otra pérdida sensorial que no puede explicarse por causas periféricas o de otro tipo) (Criterio B). Estas manifestaciones de TBI no deben deberse al alcohol u otras drogas o medicamentos, otras lesiones o tratamientos para otras lesiones (p. ej., lesiones faciales, intubación o lesiones corporales/sistémicas), trauma psicológico, barrera del idioma o coexistencia. condiciones médicas.

La gravedad de un traumatismo craneoencefálico se clasifica en leve, leve complicado, moderado o grave según los umbrales de la [Tabla 2](#). Un individuo cuya lesión cumple fenomenológicamente los criterios de traumatismo craneoencefálico leve pero cuya tomografía computarizada o resonancia magnética en el período agudo posterior al traumatismo craneoencefálico revela Las anomalías intracraneales traumáticas (es decir, hematoma epidural o subdural traumático, hemorragia subaracnoidea o intracerebral, contusiones o laceraciones cerebrales) se clasifican como LCT leve complicada. Los resultados de las personas con TBI leve complicado son más parecidos a los de TBI moderado que a los de TBI leve sin complicaciones.

708

TABLA 2 Clasificación de la gravedad del traumatismo craneoencefálico (TCE)

gravedad de la lesión cerebral traumática	TCE leve	TCE leve complicado	Moderado	
	TCE leve	LCT	LCT grave	
Pérdida de la duración de la conciencia	≤ 30 minutos	≥ 30 minutos > 30 minutos	≥ 24 horas a < 24 horas	
Duración de la amnesia postraumática (nuevo aprendizaje gravemente deteriorado)	≤ 1 día	≤ 1 día	> 1 día a < 7 días	≤ 7 días
Alteración de la duración de la conciencia (p. ej., confusión, desorientación, pensamiento lento)	≤ 1 día	≤ 1 día	< 7 días	≤ 7 días

gravedad de la lesión cerebral traumática	TCE leve		TCE leve complicado	Moderado	LCT grave
				LCT	
Puntuación de la escala de coma de Glasgow (30 minutos después del evento)	13–15	13–15	13–15	9–12	3–8
Tomografía computarizada o resonancia magnética del cerebro	Normal		Anormal	Normal o anormal	Normal o anormal

Para ser atribuible a TBI, el NCD debe manifestarse inmediatamente después de que ocurra la lesión cerebral o inmediatamente después de que el individuo recupere la conciencia después de la lesión, y persistir más allá del período agudo posterior a la lesión (Criterio C).

Si bien las deficiencias cognitivas específicas asociadas con NCD mayores o leves debido a TBI son variables, las deficiencias en la atención compleja, la velocidad de procesamiento, el aprendizaje y la memoria y la función ejecutiva son comunes, al igual que las alteraciones en la cognición social. En una LCT más grave en la que hay contusión cerebral, hemorragia intracraneal o lesión penetrante, puede haber deficiencias neurocognitivas adicionales asociadas con la región afectada del cerebro y el volumen de tejido cerebral perdido (p. ej., afasia, apraxia, alteraciones en la percepción- función motora).

Funciones asociadas

El diagnóstico también puede estar respaldado por signos neurológicos sutiles (p. ej., múltiples reflejos primitivos, como el signo glabelar, la respuesta del hocico, el reflejo palmomentoniano) o déficits en los movimientos sacádicos y movimientos oculares de búsqueda suave que coexisten con deficiencias cognitivas mediadas frontalmente, como problemas de atención complejos. , velocidad de procesamiento lenta, deterioro de la recuperación de la memoria o disfunción ejecutiva. Particularmente en algunos casos de TBI penetrante, el diagnóstico de NCD debido a TBI puede estar respaldado por epilepsia postraumática con inicio focal en un lugar que corresponde a la anatomía de un dominio cognitivo en el que un individuo demuestra deterioro (p. ej., inicio en el lóbulo temporal medial). convulsiones y deterioro de la memoria episódica, convulsiones del lóbulo frontal y disfunción ejecutiva o deterioro cognitivo social).

Predominio

La prevalencia de NCD mayores y leves debido a TBI varía con la gravedad de la lesión y el tiempo transcurrido desde la lesión, con las frecuencias más altas entre las personas con lesiones más graves y durante el período agudo/subagudo posterior a la lesión. En los Estados Unidos, se producen anualmente más de 2,87 millones de TBI, incluidas más de 837 000 TBI en niños. Estos TBI representan 2.5 millones de visitas al departamento de emergencias, 288,000 hospitalizaciones y más de 56,000

709

muertes anualmente. Entre las personas que se presentan en un departamento de emergencia con TBI, las tasas para los hombres son 547,6 por 100 000 y para las mujeres son 385,9 por 100 000. La tasa de TBI es más alta para los hombres que para las mujeres en todos los grupos de edad hasta los 75 años, después de lo cual las tasas de TBI entre hombres y mujeres se acercan a la paridad. Las principales causas de TBI en los Estados Unidos son caídas (178,4 por 100 000), colisión con un objeto en movimiento o estacionario (denominados eventos de "golpe por/contra") (92,7 por 100 000), accidentes automovilísticos (74,7 por 100 000) y agresiones (50,6 por 100.000 personas). La commoción cerebral en el deporte se reconoce cada vez más como una causa de TBI leve.

Los hombres tienen aproximadamente un 40 % más de probabilidades de experimentar una TBI en comparación con las mujeres en las poblaciones de jóvenes y adultos; sin embargo, las mujeres pueden tener un mayor riesgo de TBI después de los 65 años. Se ha sugerido que los hombres con TCE moderado o grave pueden tener un peor pronóstico que las mujeres con el mismo nivel de gravedad; sin embargo, los hallazgos han sido mixtos. La causa de TBI también difiere según el sexo y el género. Los hombres tienen más probabilidades de sufrir lesiones en el trabajo, en accidentes automovilísticos y durante actividades militares, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de sufrir lesiones por agresión y violencia doméstica.

Desarrollo y curso

El curso de la

recuperación de una lesión cerebral traumática es variable, dependiendo no solo de las características específicas de la lesión, sino también de los factores previos y posteriores a la lesión. Estos factores pueden favorecer o impedir la recuperación e incluyen la edad; antecedentes de TBI; comorbilidades neurológicas, psiquiátricas y por uso de sustancias y

complicaciones; genética; la oportunidad y eficacia de las intervenciones médicas y de rehabilitación; y apoyo psicosocial, entre otros.

Las deficiencias neurocognitivas son más graves en el período agudo que sigue a la lesión cerebral traumática y pueden ir acompañadas de alteraciones emocionales y conductuales. En todo el espectro de gravedad de TBI, se espera una mejora sustancial en los síntomas y signos neurocognitivos y psiquiátricos y neurológicos asociados. El grado de recuperación y la variabilidad en los resultados neurocognitivos tienden a reflejar la gravedad de la LCT, siendo típica la recuperación completa después de una LCT leve y una recuperación más variable, y a menudo incompleta, después de una LCT más grave.

Las deficiencias neurocognitivas asociadas con TBI leve generalmente se resuelven en días o semanas después de la lesión, con una resolución completa dentro de los 3 a 12 meses posteriores a la lesión. Otros síntomas (p. ej., depresión, irritabilidad, fatiga, dolor de cabeza, fotosensibilidad, trastornos del sueño) que potencialmente pueden coexistir con los síntomas neurocognitivos también tienden a resolverse en las semanas posteriores a una TBI leve. Los síntomas persistentes después de una lesión cerebral traumática leve o el deterioro neurocognitivo subsiguiente deben provocar la consideración de otras posibles causas de los síntomas neurocognitivos y las limitaciones funcionales, incluido el trastorno depresivo mayor, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos de ansiedad, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos del sueño, las percepciones negativas de lesiones y pocas expectativas de recuperación. Cuando los síntomas neurocognitivos y las limitaciones funcionales persisten después de una LCT leve (incluida la LCT leve repetitiva) a pesar del tratamiento de sus otras posibles causas, el diagnóstico de una ENT debido a una LCT puede ser apropiado.

Las deficiencias neurocognitivas y las limitaciones funcionales asociadas producidas por una lesión cerebral traumática moderada y grave generalmente mejoran durante semanas o meses después de la lesión, aunque la recuperación neurocognitiva a largo plazo suele ser incompleta entre las personas con lesiones más graves. No obstante, la mejora neurocognitiva y funcional puede continuar durante años después de una lesión cerebral traumática moderada o grave, con más individuos mejorando cognitivamente que empeorando durante los primeros 5 años posteriores a la lesión. Con TBI moderado y severo, además de la persistencia de los déficits neurocognitivos, puede haber complicaciones neurológicas, médicas, emocionales y conductuales asociadas. Estos incluyen convulsiones (particularmente en el primer año), fotosensibilidad, hiperacusia, irritabilidad, agresión, depresión, trastornos del sueño, fatiga, apatía, incapacidad para reanudar el funcionamiento laboral y social antes de la lesión.

y deterioro de las relaciones interpersonales. Se han registrado TBI moderados y graves.

710

asociado con un mayor riesgo de depresión, agresión y posiblemente enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de cuerpos de Lewy y la degeneración frontotemporal.

Las características de los NCD mayores o leves persistentes debido a TBI variarán según la edad, las características específicas de la lesión y los cofactores. El deterioro persistente relacionado con TBI en un bebé o niño puede reflejarse en retrasos en alcanzar hitos del desarrollo (p. ej., adquisición del lenguaje), peor rendimiento académico y posiblemente deterioro del desarrollo social. Entre los adolescentes mayores y los adultos, los síntomas persistentes pueden incluir diversos déficits neurocognitivos, irritabilidad, hipersensibilidad a la luz y al sonido, fatigabilidad fácil y cambios de humor, como depresión, ansiedad, hostilidad o apatía. En las personas mayores, la lesión cerebral traumática leve puede producir resultados neurocognitivos como los asociados con una lesión cerebral traumática moderada o grave en adultos más jóvenes.

Factores de **riesgo y pronóstico Los**

factores de riesgo de resultados cognitivos adversos después de una TBI incluyen edad mayor de 40 años, capacidades cognitivas más bajas previas a la lesión (especialmente según lo indexado por educación o competencia académica), síntomas depresivos previos a la lesión, posiblemente desempleo previo a la lesión y gravedad de la lesión. Otros factores de riesgo para resultados cognitivos adversos incluyen una mayor duración de la amnesia postraumática, evidencia de anomalías intracraneales traumáticas en estudios tempranos de tomografía computarizada o resonancia magnética (IRM) (es decir, hematoma epidural o subdural traumático, hemorragia subaracnoidea o intracerebral, contusiones cerebrales o laceración , lesión axonal difusa) y perfil neurogenético (p. ej., estado de portador del alelo **APOE*E4** , genotipo de catecol-O metiltransferasa, estado del alelo **ANKK1 Taq1A**). Los trastornos por consumo de alcohol o sustancias antes de la lesión aumentan el riesgo de sufrir una lesión cerebral traumática, así como el riesgo de resultados cognitivos adversos, incluido el deterioro de la memoria y la disfunción ejecutiva.

Marcadores de diagnóstico

El diagnóstico de NCD mayor o leve debido a TBI puede estar respaldado por hallazgos contemporáneos de tomografía computarizada o resonancia magnética (p. ej., atrofia focal, encefalomalacia, gliosis, anomalías de la materia blanca) en áreas o redes del cerebro que sirven a dominios cognitivos específicos en los que un individuo demuestra discapacidad. El diagnóstico también puede estar respaldado por signos neurológicos sutiles (p. ej., múltiples reflejos primitivos, como el signo glabellar, la respuesta del hocico, el reflejo palmomentoniano) o déficits en los movimientos sacádicos y movimientos oculares de seguimiento suave que ocurren simultáneamente con deficiencias cognitivas mediadas frontalmente, como problemas de atención complejos, velocidad de procesamiento lenta, deterioro de la recuperación de la memoria o disfunción ejecutiva. Particularmente en algunos casos de TBI penetrante, el diagnóstico de NCD debido a TBI puede estar respaldado por epilepsia postraumática con inicio focal en un lugar que corresponde a la anatomía de un dominio cognitivo en el que un individuo demuestra deterioro (p. ej., inicio en el lóbulo temporal medial). convulsiones y deterioro de la memoria episódica, convulsiones del lóbulo frontal y disfunción ejecutiva o deterioro cognitivo social).

El rendimiento de las medidas de detección cognitivas generales de uso común, particularmente cuando se interpretan utilizando datos normativos basados en la población a gran escala, puede identificar de manera útil a las personas que necesitan una evaluación neurodiagnóstica adicional. Sin embargo, el diagnóstico de NCD mayor o leve debido a TBI se basa en el desempeño en la evaluación cognitiva específica del dominio interpretada a la luz del desempeño previo del individuo (p. ej., estimaciones neuropsicológicas de la capacidad cognitiva previa a la lesión o normas apropiadas) y la evaluación del estado funcional.

Si bien las neuroimágenes y otras evaluaciones clínicas (p. ej., signos neurológicos sutiles) pueden proporcionar información de apoyo, no pueden diagnosticar de forma independiente la ENT debido a una LCT. En la actualidad, no hay otros biomarcadores establecidos de NCD mayor o leve debido a TBI.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Las personas

con TBI, incluida la TBI moderada o grave, tienen un mayor riesgo de suicidio a largo plazo. Si bien la depresión contribuye sustancialmente a este riesgo, no lo explica por completo. Las tasas de ideación suicida llegan al 10 % y las tasas de intento de suicidio son del 0,8 % al 1,7 %.

durante los primeros 20 años después de TBI. El desarrollo de depresión y/o conducta suicida 1 año después de la lesión se asocia con índices consistentemente elevados de depresión y conducta suicida 5 años después de la lesión cerebral traumática. Si bien la relación entre las deficiencias cognitivas y el riesgo de suicidio después de una LCT es compleja, evaluar el riesgo de suicidio es un elemento importante en la evaluación de las personas con ENT graves o leves debido a una LCT.

Los jóvenes que han tenido commociones cerebrales pueden tener un mayor riesgo de comportamiento suicida. Existe un mayor riesgo de suicidio entre las cohortes de veteranos y civiles con TBI, y las personas que buscan atención de salud mental pueden tener antecedentes de TBI. Las personas que buscan servicios de rehabilitación para TBI también tienen un mayor riesgo de pensamientos y conductas suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o

leve debido a una lesión cerebral traumática Aproximadamente 3,17 millones de personas en los Estados Unidos (aproximadamente el 1,1 % de la población) viven con una discapacidad relacionada con una TBI, incluidos los impedimentos neurocognitivos que comprometen la capacidad para trabajar o realizar actividades diarias y que están asociados con la necesidad de atención médica continua, rehabilitación, apoyo y servicios. Las deficiencias cognitivas interfieren con la independencia funcional, el empleo productivo y la participación en la comunidad y pueden reducir la satisfacción con la vida. La influencia de las deficiencias cognitivas en el estado funcional varía según el tipo y la gravedad de esas deficiencias; con la presencia y gravedad de condiciones psiquiátricas, de uso de sustancias, neurológicas y médicas concurrentes; y con la familia, otros apoyos psicosociales y médicos.

Con NCD leve debido a TBI, las personas pueden informar una reducción de la eficiencia cognitiva, dificultad para concentrarse y una menor capacidad para realizar las actividades habituales. Con una ENT importante debido a una TBI, una persona puede tener dificultades para llevar una vida independiente y cuidarse a sí misma. Las características neuromotoras prominentes, como la incoordinación grave, la ataxia y el enlentecimiento motor, pueden estar presentes en NCD importantes debido a TBI y pueden sumarse a las dificultades funcionales.

Las personas con antecedentes de TBI informan más síntomas depresivos y ansiosos, y estos pueden amplificar las quejas cognitivas y empeorar

resultado funcional. Además, la pérdida del control emocional, incluido el afecto y la apatía agresivos o inapropiados, puede estar presente después de una LCT más grave con mayor deterioro neurocognitivo. Estas características pueden agravar las dificultades con la independencia funcional y el autocuidado.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y condiciones médicas.

Los trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, TEPT, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, trastornos del sueño), medicamentos recetados (p. ej., antipsicóticos típicos, benzodiazepinas, fármacos con propiedades anticolinérgicas, fármacos antiepilepticos) y otras afecciones médicas pueden contribuir o explicar los deterioros cognitivos entre las personas con TBI, y deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de NCD mayor o leve debido a TBI.

Trastorno facticio y simulación.

Alternativa

Se deben considerar explicaciones para los síntomas neurocognitivos cuando la gravedad de los síntomas neurocognitivos y las limitaciones funcionales no son consistentes con los resultados cognitivos esperados después de una LCT, y en particular una LCT leve, y cuando la evaluación neuropsicológica revela un esfuerzo deficiente o no es válida para la interpretación. En tales circunstancias, se debe considerar la posibilidad de un desorden facticio o simulación (especialmente en situaciones en las que puede haber incentivos externos, como la obtención de una compensación económica).

Comorbilidad EI

NCD mayor o leve debido a TBI puede estar acompañado por otros trastornos depresivos o de ansiedad especificados o no especificados caracterizados por alteraciones en la función emocional (p. ej., irritabilidad, frustración fácil, tensión y ansiedad, labilidad afectiva). Otro especificado o

los trastornos de personalidad no especificados también pueden ocurrir como resultado de síntomas como desinhibición, apatía, suspicacia o agresión. Las comorbilidades médicas pueden ocurrir con alteraciones neurológicas y físicas.

caracterizado por dolor de cabeza, fatiga, trastornos del sueño, vértigo o mareos, tinnitus o hiperacusia, fotosensibilidad, anosmia, reducción de la tolerancia a los medicamentos psicotrópicos y, en particular en TBI más graves, síntomas y signos neurológicos (p. ej., convulsiones, hemiparesia, alteraciones visuales, deficiencias nerviosas) y evidencia de lesiones ortopédicas.

Las comorbilidades médicas y psiquiátricas más comunes asociadas con TBI de moderado a grave son (en orden de frecuencia) dolor de espalda, depresión, hipertensión, ansiedad, fracturas, colesterol alto en sangre, trastornos del sueño, ataques de pánico, osteoartritis y diabetes.

Entre las personas con trastornos por uso de sustancias, los efectos neurocognitivos de la sustancia contribuyen o agravan los trastornos cognitivos asociados con la TBI, particularmente entre las personas con dos o más TBI.

El PTSD puede ocurrir junto con TBI en poblaciones civiles, militares y de veteranos. La LCT y el TEPT producen síntomas neurocognitivos similares (p. ej., trastornos de la atención compleja, la velocidad de procesamiento, el aprendizaje y la memoria, y la función ejecutiva), y una o ambas afecciones, así como la depresión y los trastornos del sueño concurrentes, pueden explicar los síntomas neurocognitivos en las personas con tales comorbilidades.

Inducido por Sustancia/Medicamento Mayor o Trastorno neurocognitivo leve

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Las alteraciones neurocognitivas no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia aguda.
- C. La sustancia o medicamento involucrado y la duración y el grado de uso son capaces de producir el deterioro neurocognitivo.

- D. El curso temporal de los déficits neurocognitivos es coherente con el momento del consumo de sustancias o medicamentos y la abstinencia (p. ej., los déficits permanecen estables o mejoran después de un período de abstinencia).
- E. El trastorno neurocognitivo no se puede atribuir a otra afección médica o no se explica mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación (consulte también la tabla de codificación en las págs. 682–683): Los códigos ICD 10-CM para los trastornos neurocognitivos inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno por uso de sustancias comórbido presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se da un diagnóstico separado adicional de un trastorno por uso de sustancias.

Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias: si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “1” y el médico debe registrar “trastorno por consumo de [sustancias] leve” antes del trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias. trastorno neurocognitivo mayor inducido (p. ej., “trastorno leve por uso de inhalantes con trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes”). Para el alcohol y las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas, un trastorno leve por consumo de sustancias es insuficiente para causar un trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias; por lo tanto, no hay códigos ICD-10-CM disponibles para esta combinación. Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “2” y el médico debe registrar “trastorno moderado por consumo de [sustancias]” o “trastorno grave por consumo de [sustancias],” dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido, entonces el carácter de la cuarta posición es “9” y el médico debe registrar solo el trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias.

Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias: si un trastorno leve por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1" y el médico debe registrar "trastorno leve por consumo de [sustancias]" antes del trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias. trastorno neurocognitivo leve inducido (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias es comórbido con el trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico debe registrar "trastorno moderado por consumo de [sustancias]" o "trastorno grave por consumo de [sustancias]," dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno por uso de sustancias comórbido, entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el médico debe registrar solo el trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias. Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" (para el trastorno neurocognitivo mayor) y los especificadores de síntomas acompañantes "con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" (para el trastorno neurocognitivo mayor o leve) no se pueden codificar, pero deben todavía ser grabado.

CIE-10-CM

	Con trastorno por consumo leve	con moderado o uso severo trastorno	Sin trastorno por uso
Trastorno neurocognitivo mayor (ENT) inducido por sustancias			
Alcohol (ENT mayor), NA F10.27 tipo confabulatorio no amnésico Alcohol (ENT mayor), tipo confabulatorio amnésico Inhalante (ENT mayor)	ESE	F10.26	F10.97
	F18.17	F18.27	F18.97
Sedante, hipnótico o ansiolítico (ENT principal)	ESE	F13.27	F13.97
Otra sustancia (o desconocida) (ENT principal)	F19.17	F19.27	F19.97
Trastorno neurocognitivo leve (ENT) inducido por sustancias			
Alcohol (ENT leve)	F10.188	F10.288	F10,988

CIE-10-CM

Inhalante (ENT leve)	F18.188	F18.288	F18.988
Sedante, hipnótico o ansiolítico (ENT leve)	F13.188	F13.288	F13.988
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante) (ENT leve)	F15.188	F15.288	15.988 F
Cocaína (ENT leve)	F14.188	F14.288	F14.988
Otra sustancia (o desconocida) (ENT leve)	F19.188	F19.288	F19.988

Especifique si: Persistente: el deterioro neurocognitivo continúa siendo significativo después de un período prolongado de abstinencia.

714

Procedimientos de registro EI

nombre del trastorno neurocognitivo (NCD, por sus siglas en inglés) inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se supone que está causando los síntomas neurocognitivos. El código ICD-10-CM que corresponde a la clase de fármaco aplicable se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios. Para las sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., metotrexato intratecal), se debe usar el código ICD-10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida) y se debe registrar el nombre de la sustancia específica (p. ej., F19.988 trastorno neurocognitivo leve inducido por metotrexato intratecal). En los casos en los que se considera que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la sustancia específica, se utiliza el código ICD-10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida) y se registra el hecho de que la sustancia es desconocida (ej., F19.97 trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias desconocidas).

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno por uso de sustancias comórbido (si lo hay) se incluye primero, seguido de la palabra “con”, seguido del nombre del trastorno (es decir, trastorno neurocognitivo mayor inducido por [sustancia específica] o [sustancia específica], inducido por el trastorno neurocognitivo leve), seguido del tipo en el caso del alcohol (es decir, tipo no amnésico-confabulatorio, tipo amnésico-confabulatorio), seguido de

especificación de la duración (es decir, persistente). Por ejemplo, en el caso de síntomas amnésticos-confabulatorios persistentes en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.26 trastorno grave por consumo de alcohol con trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo amnéstico-confabulatorio, persistente. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno por consumo de alcohol grave comórbido. Si el trastorno neurocognitivo inducido por sustancias ocurre sin un trastorno por uso de sustancias comórbido (p. ej., después de un uso intenso esporádico de inhalantes), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias acompañante (p. ej., F18.988 trastorno neurocognitivo leve inducido por [inhalante específico]).

Características diagnósticas

La ENT grave o leve inducida por sustancias/medicamentos se caracteriza por alteraciones neurocognitivas que persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia aguda (Criterio B). Inicialmente, estas manifestaciones pueden reflejar una recuperación lenta de las funciones cerebrales de un período de uso prolongado de sustancias, y se pueden observar mejoras en los indicadores neurocognitivos y de imágenes cerebrales durante muchos meses. Si el trastorno continúa durante un período prolongado, debe especificarse **persistente**. Se debe saber que la sustancia dada y su uso son capaces de causar las deficiencias observadas (Criterio C). Si bien pueden ocurrir disminuciones no específicas en un rango de habilidades cognitivas con casi cualquier sustancia de abuso y una variedad de medicamentos, algunos patrones ocurren con mayor frecuencia con clases de drogas seleccionadas. Por ejemplo, la NCD debida a fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., benzodiazepinas, barbitúricos) puede mostrar mayores alteraciones en la memoria que en otras funciones cognitivas. Las ENT inducidas por el alcohol se manifiestan con frecuencia con una combinación de deficiencias en la función ejecutiva y en los dominios de la memoria y el aprendizaje. El curso temporal de la ENT inducida por sustancias debe ser consistente con el del uso de la sustancia dada (Criterio D). El NCD de tipo amnésico-confabulatorio inducido por el alcohol (de Korsakoff) se caracteriza por un deterioro en la memoria reciente que no guarda proporción con los síntomas adicionales del NCD. Las características incluyen amnesia prominente (dificultad severa para aprender nueva información con olvido rápido) y una tendencia a confabular, aunque la confabulación puede verse con cualquier disminución severa de la memoria reciente. Estas manifestaciones pueden coexistir con signos de encefalopatía tiamina (enfermedad de Wernicke).

encefalopatía) con características asociadas como nistagmo y ataxia.

La oftalmoplejía de la encefalopatía de Wernicke se caracteriza típicamente por una parálisis de la mirada lateral. Los déficits neurocognitivos asociados con el uso indebido de inhalantes incluyen una función ejecutiva disminuida, una velocidad cognitiva más lenta y un rendimiento deteriorado adicional en aspectos de las pruebas de Wisconsin Card Sorting y Stroop. Los síntomas neurocognitivos asociados con el uso de estimulantes incluyen dificultades con el aprendizaje, la memoria y la función ejecutiva. El uso de metanfetamina también puede estar asociado con

715

evidencia de lesión vascular (p. ej., debilidad focal, incoordinación unilateral, reflejos asimétricos). El perfil neurocognitivo más común se aproxima al observado en NCD vascular. Las sustancias que causan ENT incluidas en la categoría de otras sustancias (o desconocidas) incluyen el metotrexato intratecal y los insecticidas organofosforados, así como compuestos que se usan indebidamente y se sabe que inducen efectos cognitivos adversos pero que están menos caracterizados (p. ej., *kratom/Mitragyna speciosa*).

Cuando uno está determinando la relación entre las enfermedades de las ENT y cualquier grupo de drogas, es importante considerar si el déficit estaba presente antes del uso de la sustancia y, en consecuencia, no sería atribuible a la sustancia, e incluso puede haber contribuido a un mal juicio que resultó en el uso de la sustancia. Por ejemplo, se ha informado que la evidencia de disminución del control de los impulsos y el deterioro relacionado de las funciones ejecutivas están asociados con el inicio del uso de estimulantes y otras drogas. En estudios en los que se evalúa cuidadosamente la función neurocognitiva antes del consumo de sustancias, y luego se hace un seguimiento de los sujetos durante varios meses o más, no está clara la capacidad de las drogas distintas del alcohol, otros depresores e inhalantes para causar ENT persistentes clínicamente significativas.

Funciones asociadas

Las condiciones de ENT inducidas por inhalantes pueden estar asociadas con el olor del inhalante en el aliento de una persona o una erupción alrededor de la nariz o la boca de la persona por "inhalar" la droga de un recipiente. Estos se ven con mayor frecuencia

en individuos con acceso limitado a otras drogas que tienen antecedentes de uso de inhalantes así como el inicio temprano del uso de múltiples sustancias, especialmente si sus síntomas cumplen criterios de trastornos de conducta o de personalidad antisocial. También se observa un alto riesgo en los trabajadores expuestos a solventes en el lugar de trabajo. La ENT leve inducida por fármacos con efectos depresores del sistema nervioso central puede manifestarse con síntomas adicionales de mayor irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño y disforia. El NCD inducido por drogas estimulantes puede manifestarse con depresión de rebote, hipersomnia y apatía. En formas graves de ENT grave inducida por sustancias/medicamentos (p. ej., asociada con el consumo prolongado de alcohol), puede haber características neuromotoras prominentes, como incoordinación, ataxia relacionada con daño cerebeloso y enflecimiento motor, así como complicaciones médicas como como hipopotasemia y arritmias cardíacas. También puede haber pérdida del control emocional, incluido el afecto agresivo o inapropiado, o la apatía.

Predominio

La prevalencia de estas condiciones no es bien conocida. Las cifras de prevalencia están más disponibles para el uso de estas sustancias y para los trastornos por uso de sustancias asociados que para las condiciones neurocognitivas.

Las ENT graves o leves inducidas por sustancias/medicamentos son más probables en las personas mayores, que tienen un uso más prolongado y tienen otros factores de riesgo, como deficiencias nutricionales.

Para el trastorno por consumo de alcohol, la tasa de NCD leve es de aproximadamente 30% a 40% en los primeros 2 meses de abstinencia. El NCD leve puede persistir, particularmente en aquellos que no logran una abstinencia estable hasta después de los 50 años. El NCD mayor es raro y puede resultar de déficits nutricionales concomitantes, como en el NCD amnésico-confabulatorio inducido por el alcohol. Las ENT graves inducidas por el alcohol pueden ser más comunes en los hombres.

Hay pocos estudios disponibles con respecto a la prevalencia de NCD de otras drogas depresoras del cerebro (es decir, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos), lo que probablemente refleja la relativa rareza de los estudios de trastornos por uso de sustancias en estas drogas y el nivel relativamente bajo de "recreación" intensa y persistente. " uso de drogas sedantes, hipnóticas o ansiolíticas en comparación con el alcohol, el cannabis y muchas otras drogas.

Hay más datos disponibles sobre la prevalencia del uso de inhalantes. Dicha exposición se ha relacionado con ENT graves y leves de diversa duración en poblaciones de ingresos altos y bajos. Sin embargo, se estima que el uso persistente hasta el punto de desarrollar una ENT es inferior al 1% de la población de EE. UU.

716

En el caso de los estimulantes (metanfetaminas y cocaína), también puede presentarse enfermedad cerebrovascular, resultando en daño cerebral difuso o focal que puede ser de niveles neurocognitivos leves o mayores.

Desarrollo y curso El inicio de los

trastornos por uso de sustancias tiende a ocurrir durante la adolescencia tardía y alcanza su punto máximo entre los 20 y los 30 años. Aunque una historia más larga de trastorno grave por uso de sustancias se asocia con una mayor probabilidad de NCD, las relaciones no son sencillas, siendo común la recuperación sustancial e incluso completa de las funciones neurocognitivas entre las personas que logran una abstinencia estable antes de los 50 años. Es más probable que el NCD mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos se vuelva persistente en personas que continúan teniendo trastornos por uso de sustancias después de los 50 años, presumiblemente debido a una combinación de plasticidad neural disminuida y la aparición de otros cambios cerebrales relacionados con la edad. .

Las condiciones de ENT pueden implicar un inicio bastante rápido de deterioro neurocognitivo en personas cuyo historial incluye el uso de múltiples tipos de drogas de abuso, especialmente con un inicio temprano del consumo de sustancias. El inicio temprano de un consumo intenso, particularmente de alcohol, puede conducir a defectos en el desarrollo neural posterior (p. ej., etapas posteriores de maduración de los circuitos frontales), lo que puede tener efectos sobre la cognición social así como sobre otras habilidades neurocognitivas. Para las ENT inducidas por el alcohol, puede haber un efecto aditivo del envejecimiento y la lesión cerebral inducida por el alcohol.

Factores de **riesgo y pronóstico** Los factores

de riesgo de las ENT inducidas por sustancias/medicamentos incluyen la edad avanzada, la duración más prolongada del uso y el uso persistente después de los 50 años.

Para las ENT inducidas por el alcohol, las deficiencias nutricionales a largo plazo, la enfermedad hepática, los factores de riesgo vascular y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares pueden contribuir al riesgo. Un mayor riesgo de NCD de tipo confabulatorio amnésico inducido por el alcohol ocurre en el contexto de una deficiencia genética de transacetolasa, así como en el contexto de una nutrición deficiente.

Las ENT inducidas por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no han sido bien estudiadas, pero estos problemas pueden aumentar en personas con trastornos de ansiedad a largo plazo o dificultad para dormir que han estado tomando benzodiazepinas u otros medicamentos hipnóticos en cantidades crecientes durante meses o años. .

Marcadores de diagnóstico

La resonancia magnética nuclear (RMN) de personas con trastorno crónico por consumo de alcohol frecuentemente revela adelgazamiento cortical, pérdida de sustancia blanca y agrandamiento de surcos y ventrículos. Si bien las anomalías en las neuroimágenes son más comunes en las personas con ENT, es posible observar las ENT sin anomalías en las neuroimágenes, y viceversa. Las técnicas especializadas (p. ej., imágenes con tensor de difusión) pueden revelar daño en tractos de materia blanca específicos.

La espectroscopia de resonancia magnética puede revelar una reducción de N-acetilaspartato y un aumento de los marcadores de inflamación (p. ej., mioinositol) o lesión de la sustancia blanca (p. ej., colina). Muchos de estos cambios en las imágenes cerebrales y manifestaciones neurocognitivas se revierten después de una abstinencia exitosa. En personas con trastorno por uso de metanfetamina, la resonancia magnética también puede revelar hiperintensidades que sugieren microhemorragias o áreas más grandes de infarto.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve

inducido por sustancias/medicamentos Las consecuencias funcionales de los NCD leves inducidos por sustancias/medicamentos a veces aumentan por la reducción de la eficiencia cognitiva y la dificultad para concentrarse más allá de lo que se observa en muchas otras NCD. Además, tanto en niveles mayores como leves, las ENT inducidas por sustancias/medicamentos pueden tener síndromes motores asociados que aumentan el nivel de deterioro funcional.

Diagnóstico diferencial

Las personas con trastornos por consumo de sustancias, intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias tienen un mayor riesgo de padecer otras afecciones que, de forma independiente o mediante un efecto combinado, pueden dar lugar a un trastorno neurocognitivo. Estos incluyen antecedentes de lesión cerebral traumática e infecciones que pueden acompañar al trastorno por consumo de sustancias (p. ej., VIH, virus de la hepatitis C, sífilis). Por lo tanto, la presencia de ENT graves o leves inducidas por sustancias/medicamentos debe diferenciarse de las ENT que surgen fuera del contexto del consumo de sustancias, la intoxicación y la abstinencia, incluidas estas afecciones acompañantes (p. ej., lesión cerebral traumática).

Comorbilidad

Los trastornos por uso de sustancias, la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias son altamente comórbidos con otros trastornos mentales. En general, cuanto mayor sea la exposición a las drogas de abuso, mayor será el riesgo de una ENT inducida por sustancias o medicamentos. El trastorno de estrés postraumático comórbido, los trastornos psicóticos, los trastornos depresivos y bipolares y los trastornos del neurodesarrollo pueden contribuir al deterioro neurocognitivo en los usuarios de sustancias. La lesión cerebral traumática ocurre con mayor frecuencia con el uso de sustancias, lo que complica los esfuerzos para determinar la etiología de las ENT en tales casos. El trastorno grave por consumo de alcohol a largo plazo puede asociarse con enfermedades importantes de los sistemas de órganos, incluidas la enfermedad cerebrovascular y la cirrosis; el trastorno por uso de inhalantes está asociado con tasas más altas de daño renal y hepático; y el NCD inducido por anfetaminas y cocaína puede ir acompañado de un NCD vascular mayor o leve secundario al uso de

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VI

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Hay infección documentada con inmunodeficiencia humana virus (VIH).
- C. El trastorno neurocognitivo no se explica mejor por condiciones no relacionadas con el VIH, incluidas las enfermedades cerebrales secundarias, como la leucoencefalopatía multifocal progresiva o la meningitis criptocócica.
- D. El trastorno neurocognitivo no se puede atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por un trastorno mental.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en

las págs. 682–683): Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH, con alteración del comportamiento, codifique primero **B20** Infección por el VIH, seguido de **F02.81** Trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por el VIH, con alteración del comportamiento.

Para trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH, sin alteración del comportamiento, codifique primero **B20** infección por VIH, seguido de **F02.80** trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH, sin alteración del comportamiento.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Para trastorno neurocognitivo leve debido a infección por VIH, codifique **G31.84**.

(Nota: no utilice el código adicional para la infección por VIH . "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la infección por el VIH: Use código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la infección por el VIH (p. ej., **F06.34** trastorno bipolar y relacionado debido a la infección por el VIH, con características mixtas; **F07.0** personalidad cambio debido a lesión cerebral traumática, tipo apático).

Características de diagnóstico

La enfermedad por VIH es causada por la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1), que se adquiere a través de la exposición a fluidos corporales de una persona infectada a través del uso de sustancias inyectables, contacto sexual sin protección o exposición accidental o iatrogénica (p. lesión por punción de aguja al personal médico). El VIH infecta a varios tipos de células, más particularmente a los linfocitos y monocitos "T helper" (CD4). Con el tiempo, la infección puede causar disminuciones severas en el conteo de CD4, lo que resulta en un compromiso inmunológico severo, lo que a menudo conduce a infecciones oportunistas y neoplasias. Los monocitos infectados pueden ingresar al sistema nervioso central y provocar la infección de los macrófagos y la microglía. Un pequeño porcentaje de astrocitos puede albergar una infección por VIH productiva. La forma avanzada de infección por VIH se denomina **síndrome de inmunodeficiencia adquirida** (SIDA).

El diagnóstico de VIH se confirma mediante métodos de laboratorio establecidos, como el ensayo de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) para el ARN del VIH y la prueba de combinación de anticuerpo/antígeno. Cabe destacar que está disponible la autoevaluación del VIH en el hogar.

Algunas personas con infección por VIH desarrollan un trastorno neurocognitivo (NCD, por sus siglas en inglés), que generalmente muestra un "patrón subcortical" con una función ejecutiva notablemente deteriorada, ralentización de la velocidad de procesamiento, problemas con tareas de atención más exigentes y dificultad para aprender nueva información, pero menos problemas con recuerdo de la información aprendida. En NCD mayores, la ralentización puede ser prominente. Las dificultades del lenguaje, como la afasia, son poco comunes, aunque se pueden observar reducciones en la fluidez.

Los procesos patogénicos del VIH pueden afectar cualquier parte del cerebro; por lo tanto, otros patrones son posibles.

Funciones asociadas

Las ENT graves o leves debidas a la infección por el VIH son más prevalentes en individuos de mayor edad, nivel educativo más bajo o sexo femenino, y entre aquellos con trastorno depresivo mayor, trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias y comorbilidades médicas (en particular, diabetes e hipertensión). El riesgo de ENT debido a la infección por el VIH también aumenta con cualquiera de los siguientes: episodios previos de inmunosupresión, cargas virales altas en el líquido cefalorraquídeo y niveles elevados de factor de necrosis tumoral alfa (TNF- γ),

interleucina-6 (IL-6), proteína C reactiva, dímero D, sCD14, sCD163 y cadena ligera de neurofilamento en sangre periférica o indicadores de laboratorio clínico de enfermedad avanzada por VIH, como un punto bajo de células CD4, anemia y hipoalbuminemia. Las personas con NCD importante pueden mostrar características neuromotoras más prominentes, como falta de coordinación grave, ataxia y enlentecimiento motor. Estas características pueden volverse más prominentes con la progresión de la enfermedad de las ENT.

Predominio

Dependiendo de la etapa clínica de la enfermedad del VIH, aproximadamente entre un tercio y más de la mitad de las personas infectadas por el VIH tienen al menos alguna evidencia de un trastorno neurocognitivo, pero la mayoría de estos trastornos no cumplirían los criterios de una ENT leve y, en cambio, representarían a individuos con deterioro neurocognitivo asintomático (ANI), que pueden tener un rendimiento inferior al estándar en una o más pruebas de habilidades neurocognitivas pero no tienen ningún deterioro en el estado funcional. Las tasas en América del Norte y Europa occidental han demostrado en gran medida que el ANI representa la mayoría de los trastornos neurocognitivos, mientras que las ENT leves debidas al VIH representan aproximadamente una cuarta parte de las personas, y los criterios de las ENT mayores se cumplen típicamente en menos del 5 % de las personas con Trastornos neurocognitivos relacionados con el VIH. En Alemania, la prevalencia general de las ENT asociadas al VIH entre los

719

participantes de la clínica fue el 43%, el 90% de los cuales estaban en tratamiento: el 20% tenía ANI, el 17% tenía NCD leve y el 6% tenía demencia asociada al VIH. En los países de ingresos bajos y medianos, la prevalencia de las ENT asociadas al VIH es mayor entre las personas con VIH que no reciben tratamiento. En otras partes del mundo, y en cohortes compuestas principalmente por personas infectadas por el VIH que recibían un tratamiento antirretroviral eficaz probado con baterías de pruebas cognitivas integrales, se encontró que las tasas generales de deterioro cognitivo rondaban el 25 %-35 %.

En los Estados Unidos, la incidencia de infección por VIH es más alta en hombres que en mujeres en todos los grupos étnicos. Sin embargo, la evidencia apoya un sexo

diferencia en ENT por infección por VIH, con deterioro neurocognitivo más frecuente en mujeres, incluso cuando se mantiene el sexo como factor de riesgo en un análisis multivariado. La mayor tasa de discapacidad en las mujeres puede estar asociada con diferencias en la calidad educativa.

Desarrollo y curso En el desarrollo y

curso de la ENT debido al VIH, las personas pueden tener un deterioro neurocognitivo cuando la infección por el VIH es asintomática; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades clasifican la infección por VIH subyacente en tres etapas: asintomática, sintomática temprana y sintomática tardía/SIDA. El curso de la ENT debido a la infección por el VIH puede resolverse, mejorar, permanecer estable, empeorar lentamente, empeorar rápidamente o tener un curso fluctuante. La progresión rápida del deterioro neurocognitivo es poco común en el contexto del tratamiento antirretroviral combinado actualmente disponible, aunque aún puede ocurrir en el contexto de un subgrupo asociado con la edad avanzada, así como en asociación con comorbilidades específicas que promueven el deterioro cognitivo. Sin embargo, para la proporción predominante de personas con VIH, un cambio abrupto en el estado mental justifica una evaluación de otras fuentes médicas para el cambio cognitivo, incluidas las infecciones secundarias. Debido a que la infección por VIH afecta preferentemente las regiones subcorticales durante el curso de la enfermedad, incluida la sustancia blanca profunda, la progresión del trastorno sigue un patrón subcortical. El patrón subcortical de deterioro cognitivo se caracteriza por un enflechamiento mental asociado con disfunción motora, déficits de aprendizaje procedimental y déficits de recuerdo libre, con relativa preservación de la memoria de reconocimiento, la abstracción verbal y la denominación.

Debido a que la infección por VIH puede afectar una variedad de regiones del cerebro y la enfermedad puede tomar muchas trayectorias diferentes según las comorbilidades asociadas y las consecuencias de la infección por VIH, el curso general de una ENT debido a la infección por VIH tiene una heterogeneidad considerable. Un perfil neurocognitivo subcortical puede interactuar con la edad a lo largo del curso de la vida, de modo que se produce una interacción entre la edad y el estadio clínico de la enfermedad por VIH en los dominios de la memoria episódica y el deterioro motor (p. ej., marcha lenta). Esta interacción aumenta la prevalencia general del deterioro neurocognitivo y la probabilidad de que sea más pronunciado en la edad adulta.

La adquisición de la infección por el VIH generalmente ocurre en adultos en países de altos ingresos, a través de comportamientos de alto riesgo (p. ej., sexo sin protección, uso de sustancias inyectables) que comienzan en la adolescencia tardía y alcanzan su punto máximo durante la edad adulta joven y media, con una contribución significativa que persiste en la vejez. En las regiones de bajos ingresos, donde las pruebas del VIH y los tratamientos antirretrovirales para mujeres embarazadas no están fácilmente disponibles, la transmisión perinatal es común. La NCD en tales bebés y niños puede manifestarse principalmente como un retraso en el desarrollo neurológico. A medida que las personas tratadas por el VIH sobreviven hasta una edad avanzada, es posible que se produzcan efectos neurocognitivos aditivos e interactivos del VIH y el envejecimiento, incluidas otras ENT (p. ej., debido a la enfermedad de Alzheimer, debido a la enfermedad de Parkinson). Más del 50% de las personas con VIH en los Estados Unidos tienen más de 50 años. La terapia antirretroviral a largo plazo está indicada para el control continuo de la infección por VIH. Sin embargo, algunas terapias antirretrovirales pueden estar asociadas con inflamación, efectos neurotóxicos y cambios metabólicos que pueden provocar compromiso vascular e indirectamente aumentar el deterioro neurocognitivo junto con el envejecimiento y comorbilidades médicas que pueden empeorar la cognición.

720

Factores de riesgo y pronósticos

Paradójicamente, las ENT debidas a la infección por el VIH no han disminuido significativamente con el advenimiento de la terapia antirretroviral eficaz, aunque las presentaciones más graves (consistentes con el diagnóstico de ENT mayor) han disminuido considerablemente. Los factores contribuyentes pueden incluir un control inadecuado del VIH en el sistema nervioso central (SNC), la evolución de cepas virales resistentes a los medicamentos antirretrovirales, los efectos de la inflamación sistémica y cerebral crónica a largo plazo, y los efectos de factores comórbidos como el envejecimiento, el consumo de sustancias trastorno por consumo, hipertensión, diabetes, antecedentes de traumatismo del SNC y coinfecciones, como por ejemplo con el virus de la hepatitis C. La exposición crónica a medicamentos antirretrovirales también se ha asociado con neurotoxicidad por derecho propio.

Marcadores de diagnóstico

Se puede hacer un diagnóstico de VIH a partir de una prueba realizada en sangre, fluidos orales u orina. Además, la caracterización del VIH del líquido cefalorraquídeo puede ser útil si revela una carga viral desproporcionadamente alta en el líquido cefalorraquídeo en comparación con el plasma o si hay indicadores de un alto nivel de neuroinflamación. Las neuroimágenes (p. ej., imágenes por resonancia magnética [IRM]) pueden revelar una reducción del volumen cerebral total, adelgazamiento cortical, reducción del volumen de la materia blanca y áreas irregulares de materia blanca anormal (hiperintensidades). La MRI del cerebro o la punción lumbar pueden ser útiles para excluir una afección médica específica (p. ej., meningitis criptocócica, meningoencefalitis, encefalitis por virus del herpes simple tipo 1 o tipo 2, leucoencefalopatía multifocal progresiva) que podría contribuir a los cambios del SNC en el contexto del sida. Las técnicas especializadas, como las imágenes con tensor de difusión, pueden revelar daños en tractos específicos de sustancia blanca. El etiquetado de espín arterial (ASL) desarrollado como un nuevo tipo de resonancia magnética (ASL-MRI) puede revelar cambios regionales en la perfusión cerebral en 3 a 5 minutos sin infusión de marcadores extrínsecos y exploración de tomografía por emisión de positrones de proteína translocadora de 18 kDa (TSPO) puede revelar neuroinflamación.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo

mayor o leve debido a la infección por el VIH

Las consecuencias funcionales de las ENT mayores o leves debido a la infección por el VIH varían de un individuo a otro. Por lo tanto, las funciones ejecutivas deterioradas y el procesamiento lento de la información pueden interferir sustancialmente con la adherencia a los regímenes efectivos de terapia antirretroviral, aunque estos regímenes se han simplificado mucho desde su inicio. Por lo tanto, el estado funcional debe evaluarse y asignarse directamente al deterioro neurocognitivo para determinar la gravedad de la ENT. El estado funcional relacionado con el deterioro neurocognitivo debido al VIH debe separarse de la disfunción atribuible a otros trastornos concomitantes que pueden afectar la función neurocognitiva.

Diagnóstico diferencial

En presencia de comorbilidades, como otras infecciones (p. ej., virus de la hepatitis C, sífilis), trastorno por consumo de sustancias (p. ej., consumo de metanfetamina

trastorno de transmisión sexual), lesión cerebral traumática previa o condiciones del neurodesarrollo, se puede diagnosticar una ENT grave o leve debido a la infección por el VIH siempre que haya evidencia de que la infección por el VIH ha empeorado cualquier ENT debido a tales condiciones preexistentes o comórbidas. Entre los adultos mayores, puede ser necesario diferenciar el inicio del deterioro neurocognitivo relacionado con la enfermedad cerebrovascular o la neurodegeneración primaria (p. ej., NCD mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer); estas condiciones pueden ser sugeridas por un curso de declive relativamente más progresivo que el que se observa en las ENT debido al VIH. Se ha demostrado que la infección por VIH en sí misma aumenta el riesgo de enfermedad cerebrovascular. Debido a que una inmunodeficiencia más grave puede provocar infecciones oportunistas del cerebro (p. ej., toxoplasmosis, criptococosis) y neoplasias (p. ej., linfoma del SNC), la aparición repentina

721

la aparición de una ENT o el empeoramiento repentino de una ENT exige una investigación activa de las etiologías no relacionadas con el VIH. Es importante considerar el delirio porque ocurre con frecuencia durante el curso de la enfermedad de las personas con VIH y puede deberse a múltiples etiologías (incluida la coinfección por SARS-CoV-2).

Comorbilidad La

enfermedad por VIH se acompaña de inflamación crónica sistémica y del SNC y enfermedades que pueden estar asociadas con una ENT. Estas complicaciones pueden ser parte de la patogenia de las ENT mayores o leves, así como de la IRA debida a la infección por el VIH. El VIH con frecuencia coexiste con condiciones tales como trastornos por uso de sustancias y otras infecciones de transmisión sexual. Se han identificado comorbilidades tanto médicas como psiquiátricas que aumentan la probabilidad de un diagnóstico de ENT debido a la infección por el VIH. Las mujeres y los miembros de grupos étnicos y raciales desatendidos pueden mostrar variaciones en las tasas de comorbilidades asociadas con las ENT debido a la infección por el VIH.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad priónica

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Hay un inicio insidioso y una progresión rápida del deterioro
Es común.
- C. Hay características motoras de la enfermedad priónica, como mioclonías o ataxia, o evidencia de biomarcadores.
- D. El trastorno neurocognitivo no se puede atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs. 682 y 683): Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, con alteración del comportamiento, codifique primero **A81.9** enfermedad priónica, seguido de **F02.81** trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, con alteración del comportamiento . disturbio.

Para trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, sin alteración del comportamiento, codifique primero **A81.9** enfermedad priónica, seguido de **F02.80** trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, sin alteración del comportamiento.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Para trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad priónica, codifique **G31.84**.

(Nota: no utilice el código adicional para la enfermedad priónica . "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad priónica: use códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a enfermedad priónica (p. ej., **F06.2** trastorno psicótico debido a enfermedad priónica, con delirios; **F06.32** trastorno depresivo debido a enfermedad priónica). enfermedad priónica con episodio depresivo mayor).

Características de diagnóstico

La clasificación de trastorno neurocognitivo (ENT) mayor o leve debido a enfermedad priónica incluye las ENT debidas a un grupo de encefalopatías espongiformes subagudas (incluida la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica,

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob iatrogénica, variante enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, prionopatía variablemente sensible a proteasas,

722

kuru [encontrado entre la gente de Fore en Papua Nueva Guinea], síndrome de Gerstmann Sträussler-Scheinker e insomnio fatal) causado por agentes transmisibles conocidos como **priones**. Dado que el tipo más común es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, normalmente se denomina simplemente enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ). La variante CJD es mucho más rara y está asociada con la transmisión de la encefalopatía espongiforme bovina, también llamada “enfermedad de las vacas locas”. Por lo general, las personas con CJD presentan déficits neurocognitivos, ataxia y movimientos anormales como mioclonías, corea o distonía; un reflejo de sobresalto también es común. La historia a menudo revela una progresión rápida a NCD mayor en tan solo 6 meses y, por lo tanto, el trastorno generalmente se observa solo en el nivel principal. Sin embargo, muchas personas con el trastorno pueden tener presentaciones atípicas y la enfermedad solo puede confirmarse mediante una biopsia o una autopsia. Por ejemplo, las personas con una variante de la CJD pueden presentar una mayor preponderancia de síntomas psiquiátricos que las personas con otros tipos de enfermedades priónicas, que se caracterizan por un estado de ánimo bajo, retraimiento y ansiedad. Aunque la evidencia de biomarcadores no es necesariamente necesaria para el diagnóstico si están presentes las características motoras de la enfermedad priónica (p. ej., mioclonías, ataxia), la confianza en que la ENT se debe a la enfermedad priónica aumenta considerablemente si están presentes los biomarcadores característicos.

Predominio

La prevalencia es desconocida pero muy baja dada la corta supervivencia. Según los datos de nueve países de altos ingresos, la incidencia anual de ECJ esporádica es de aproximadamente uno o dos casos por millón de personas. La incidencia varía según la edad y es más alta en las personas de 65 años o más (4,8/1.000.000 de personas) y es más alta en los blancos en comparación con los negros. Incidencia entre los chinos étnicos

en Taiwán es más bajo que las tasas de población general en los Estados Unidos y otros países informantes.

Desarrollo y curso La enfermedad

por priones puede desarrollarse a cualquier edad en adultos (la edad máxima para la ECJ esporádica es de aproximadamente 67 años), aunque se ha informado que ocurre en individuos que van desde la adolescencia hasta la vejez. Se encontró que los blancos no latinos tenían una edad promedio de inicio mayor en comparación con otras poblaciones étnicas y racializadas en los Estados Unidos. Los síntomas prodromicos de la enfermedad priónica pueden incluir fatiga, ansiedad, problemas de apetito o de sueño, o dificultades de concentración. Después de varias semanas, estos síntomas pueden ir seguidos de incoordinación, alteración de la visión o marcha anormal u otros movimientos que pueden ser mioclónicos, coreoatetoides o balísticos, junto con una demencia rápidamente progresiva. La enfermedad típicamente progresiona muy rápidamente al nivel mayor de deterioro durante varios meses. Más raramente, puede progresar durante 2 años y parecer similar en su curso a otras ENT.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Se ha demostrado la transmisión entre especies de infecciones por priones, con agentes que están estrechamente relacionados con la forma humana (p. ej., el brote de encefalopatía espongiforme bovina que indujo la variante CJD en el Reino Unido a mediados de la década de 1990). Se ha documentado la transmisión por trasplante de córnea, injertos de duramadre cadavérica, instrumentos neuroquirúrgicos contaminados, inyecciones de hormona de crecimiento humano derivada de cadáveres y gonadotropina hipofisaria, y transfusión de sangre (solo en el caso de la variante CJD). Los estudios no han demostrado un mayor riesgo de ECJ esporádica en los profesionales de la salud.

Genético y fisiológico. En hasta el 15% de los casos de enfermedad por priones, existen mutaciones genéticas autosómicas dominantes en el gen de la proteína priónica (**PRNP**), que codifica una proteína unida a la membrana neuronal normal. El polimorfismo del codón 129 de **PRNP** media el riesgo

de enfermedades priónicas esporádicas y adquiridas, así como también modifica la manifestación clínica, la edad de inicio de la enfermedad y la duración de la enfermedad.

Marcadores de diagnóstico La

enfermedad por priones puede confirmarse definitivamente solo mediante una biopsia cerebral o una autopsia. Hay varias proteínas del líquido cefalorraquídeo (LCR) que son marcadores de daño neuronal y con frecuencia están elevadas en la enfermedad priónica; los más utilizados con fines diagnósticos son 14-3-3 y tau, que tienen alta sensibilidad pero especificidad variable. La conversión inducida por temblores en tiempo real (RT-QuIC) es otra prueba de diagnóstico del LCR que puede amplificar cantidades mínimas de proteínas priónicas que causan enfermedades y tiene una especificidad extremadamente alta. La resonancia magnética cerebral se considera actualmente la prueba diagnóstica más sensible cuando se realiza DWI (imágenes ponderadas por difusión), siendo el hallazgo más común hiperintensidades multifocales de materia gris en regiones subcorticales y/o corticales. En algunos individuos, el electroencefalograma revela descargas agudas periódicas, a menudo trifásicas y sincrónicas a una frecuencia de 0.5 a 2 Hz en algún momento durante el curso del trastorno. Es importante tener en cuenta que los marcadores de diagnóstico anteriores varían según el tipo de enfermedad priónica (p. ej., ECJ esporádica, ECJ genética, ECJ variante).

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos mayores

Las principales ENT debidas a enfermedades priónicas pueden parecer similares en su curso a otras ENT, pero las enfermedades priónicas se distinguen típicamente por su rápida progresión y síntomas cerebelosos y motores prominentes.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson

Criterios de diagnóstico

A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

- B. La perturbación se produce en el marco de lo establecido
Enfermedad de Parkinson.
- C. Hay un inicio insidioso y una progresión gradual del deterioro.
- D. El trastorno neurocognitivo no se puede atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Se debe diagnosticar **un trastorno neurocognitivo mayor o leve probablemente debido a la enfermedad de Parkinson** si se cumplen los puntos 1 y 2. Se debe diagnosticar **un trastorno neurocognitivo mayor o leve posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson** si se cumple 1 o 2: 1. No hay evidencia de etiología mixta (es decir, ausencia de otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular u otra enfermedad o afección neurológica, mental o sistémica probablemente contribuyendo al deterioro cognitivo).

- 2. La enfermedad de Parkinson precede claramente a la aparición del trastorno neurocognitivo.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs. 682 y 683): Para un trastorno neurocognitivo mayor probable o posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento, codifique primero **G20** Enfermedad de Parkinson, seguido de **F02.81**.

Para un trastorno neurocognitivo mayor probable o posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento, codifique primero la enfermedad de Parkinson **G20**, seguida de **F02.80**.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Para el trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson, codifique **G31.84**. (**Nota:** no utilice el código adicional **para** la enfermedad de Parkinson. “Con alteración del comportamiento” y “sin

“alteración del comportamiento” no se puede codificar, pero aun así se debe registrar).

Para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson: use códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad de Parkinson (p. ej., **F06.0** trastorno psicótico debido a la enfermedad de Parkinson, con alucinaciones; **F06.31** trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson). enfermedad de Parkinson, con características depresivas; **F07.0** cambio de personalidad debido a lesión cerebral traumática, tipo apático).

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno neurocognitivo (NCD, por sus siglas en inglés) mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson es el deterioro cognitivo observado en el momento o después del inicio de la enfermedad de Parkinson idiopática. La alteración debe ocurrir en el marco de una enfermedad de Parkinson establecida (Criterio B), y los déficits deben haberse desarrollado gradualmente (Criterio C). La tasa de progresión de los déficits cognitivos puede variar; para algunas personas con déficit leves, puede haber cambios mínimos con el tiempo.

El NCD se considera **probablemente** debido a la enfermedad de Parkinson cuando no hay evidencia de otro trastorno que pueda ser responsable del deterioro cognitivo **y** cuando la enfermedad de Parkinson precede al inicio del NCD. Se considera que la ENT se debe **posiblemente** a la enfermedad de Parkinson cuando solo se cumple una de estas condiciones, pero no ambas condiciones. Un diagnóstico de la enfermedad de Parkinson antes del inicio del cambio cognitivo aumenta la confianza diagnóstica de que el NCD es atribuible a la enfermedad de Parkinson, como lo indica la designación **probable**.

Funciones asociadas

Las características que se presentan con frecuencia incluyen apatía, estado de ánimo deprimido, estado de ánimo ansioso, alucinaciones, delirios, cambios de personalidad, trastorno de la conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (REM), somnolencia diurna excesiva, bloqueo de la marcha, caídas, compromiso bilateral temprano en la enfermedad, inestabilidad postural y alteración de la marcha. subtipo (PIGD) e hiposmia. La combinación de inestabilidad postural y de la marcha puede ocurrir temprano en la enfermedad y puede des-

el término **subtipo PIGD** para distinguirlo de la enfermedad de Parkinson con temblor predominante.

Predominio

La prevalencia de la enfermedad de Parkinson en los Estados Unidos aumenta constantemente con la edad desde aproximadamente un 0,4 % entre los 60 y los 69 años hasta un 1,4 % entre los 80 y los 89 años. La enfermedad de Parkinson es más común en hombres que en mujeres. De manera similar, la prevalencia de ENT debido a la enfermedad de Parkinson es mayor en hombres que en mujeres. Sin embargo, no está claro si la incidencia de ENT debido a la enfermedad de Parkinson es mayor en hombres que en mujeres. Entre las personas con la enfermedad de Parkinson, hasta el 80% eventualmente desarrollará una ENT importante. Entre aquellos sin una ENT importante, la prevalencia de ENT leve en la enfermedad de Parkinson se ha estimado en 25% a 27%. Para las personas con enfermedad de Parkinson no tratada incidente, un rango de 9% a 19% tiene ENT leve, mientras que otros estudios han informado que la ENT grave ocurre en el 24% de la enfermedad de Parkinson no tratada recién diagnosticada. Entre los afroamericanos, el riesgo de enfermedad de Parkinson tiende a ser menor que entre los blancos no latinos, pero el riesgo de demencia entre las personas con la enfermedad tiende a ser mayor.

Desarrollo y curso

El inicio de la enfermedad de Parkinson es típicamente entre las edades de 50 y 89 años, con mayor expresión a principios de los 60 años. El NCD leve a menudo se desarrolla relativamente temprano en el curso de la enfermedad de Parkinson, mientras que el deterioro importante generalmente no ocurre hasta que las personas son mayores.

725

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los factores de riesgo para la enfermedad de Parkinson incluyen la exposición a pesticidas, solventes y posiblemente una lesión cerebral traumática.

Genético y fisiológico. Los posibles factores de riesgo de ENT entre las personas con enfermedad de Parkinson incluyen edad avanzada al inicio de la enfermedad, aumento de la gravedad de la enfermedad, síntomas prominentes de la marcha, trastorno autonómico grave

(particularmente hipotensión ortostática), trastorno del comportamiento del sueño REM, y posiblemente ser hombre y tener menos años de educación formal.

Se ha demostrado que las personas con enfermedad de Parkinson con mutaciones en el gen de la glucocerebrosidasa (**GBA**) y genotipo **APOE*E4** tienen peor cognición en investigaciones transversales y longitudinales.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La demencia de Guam es una ENT de aparición tardía que se observa en el 8,8% de los chamorros (la población indígena de Guam) de 65 años o más. Caracterizado por ovillos neurofibrilares pero sin las placas amiloides que se encuentran en la enfermedad de Alzheimer, se cree que posiblemente esté relacionado con un complejo único de parkinsonismo-demencia y esclerosis lateral amiotrófica. Se ha encontrado una asociación con el procesamiento y el consumo de fadang elaborado con semillas de cíadas.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas neuropsicológicas, con un enfoque en las pruebas que no se ven afectadas por la lentitud motora (es decir, no cronometradas o que requieren el uso de las manos), son críticas para detectar los déficits cognitivos centrales, particularmente en la fase leve de NCD. Los rasgos característicos observados en las pruebas neuropsicológicas al principio del trastorno pueden incluir atención reducida, disfunción ejecutiva, procesamiento lento de la información y déficits en la memoria y la función visoespacial, mientras que muchas habilidades del lenguaje pueden permanecer intactas.

Las exploraciones del transportador de dopamina, como las exploraciones DaT, pueden diferenciar las demencias relacionadas con cuerpos de Lewy (es decir, NCD debido a la enfermedad de Parkinson, NCD con cuerpos de Lewy) de las demencias no relacionadas con cuerpos de Lewy (p. ej., NCD debido a la enfermedad de Alzheimer).

Diagnóstico diferencial

726

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (NCDLB) La distinción entre NCDLB y NCD debido a la enfermedad de Parkinson se basa en el momento y la secuencia de los síntomas motores y los síntomas cognitivos.

Los criterios de consenso para la demencia con cuerpos de Lewy separan el NCDLB del NCD debido a la enfermedad de Parkinson al especificar que para que la demencia se atribuya a la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe estar presente durante al menos 1 año antes de que el deterioro cognitivo haya alcanzado el nivel de NCD mayor. mientras que para NCDLB, los síntomas cognitivos pueden comenzar antes, con o en ausencia del parkinsonismo. Por el contrario, los criterios de consenso de expertos para la enfermedad de Parkinson proponen que si el deterioro cognitivo ocurre antes de un diagnóstico motor, aún se puede realizar el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson; por lo tanto, un médico puede atribuir el deterioro cognitivo a la enfermedad de Parkinson y diagnosticar la ENT debido a la enfermedad de Parkinson. En consecuencia, el médico puede elegir diagnosticar NCD debido a la enfermedad de Parkinson o NCDLB para personas con NCD importante que comienza antes o dentro de los 12 meses posteriores a la enfermedad de Parkinson. En tales circunstancias, el médico decide qué diagnóstico es más apropiado. Si la enfermedad de Parkinson ha sido diagnosticada durante al menos 1 año antes del inicio de los síntomas cognitivos, entonces ambos criterios de expertos coinciden en que la ENT debida a la enfermedad de Parkinson normalmente sería el diagnóstico apropiado. El momento y la secuencia del parkinsonismo y el NCD leve pueden ser particularmente difíciles de determinar, y es posible que sea necesario diagnosticar el NCD no especificado hasta que el orden de progresión clínica sea evidente.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

motor

Las características son la clave para distinguir el NCD mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson del NCD mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, los dos trastornos pueden coexistir y las personas con enfermedad de Alzheimer bien establecida pueden desarrollar parkinsonismo leve.

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve. El NCD vascular mayor o leve puede manifestarse con características parkinsonianas que pueden ocurrir como consecuencia de la enfermedad difusa de los vasos pequeños corticales o subcorticales. Sin embargo, las características parkinsonianas por lo general no son suficientes para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, y el curso de la NCD suele tener una clara asociación con los cambios cerebrovasculares.

Trastorno neurocognitivo debido a otra afección médica (p. ej., trastornos neurodegenerativos).

Cuando se considera un diagnóstico de ENT mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson, también se debe hacer la distinción de otros trastornos cerebrales,

tales como parálisis supranuclear progresiva, degeneración corticobasal, atrofia multisistémica, tumores e hidrocefalia.

Parkinsonismo inducido por antipsicóticos (u otro fármaco bloqueador de los receptores de dopamina). El parkinsonismo inducido por antipsicóticos (u otro fármaco bloqueador de los receptores de dopamina) puede ocurrir en personas con otras ENT, en particular cuando se prescriben medicamentos antipsicóticos para las manifestaciones conductuales de dichos trastornos.

Comorbilidad La

enfermedad de Parkinson puede coexistir con la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad cerebrovascular, especialmente en personas mayores. Las personas con ENT debido a la enfermedad de Parkinson pueden mostrar características clínicas o de biomarcadores que sugieran la presencia tanto de la enfermedad de Parkinson como de otras patologías. La evidencia de etiología mixta no excluye la contribución de la enfermedad de Parkinson a una ENT. La combinación de múltiples características patológicas puede disminuir las capacidades funcionales de las personas con enfermedad de Parkinson. Los síntomas motores y la coexistencia frecuente de depresión, psicosis, trastorno del comportamiento del sueño REM o apatía pueden empeorar el deterioro funcional.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Hay un comienzo insidioso y una progresión gradual.
- C. Hay enfermedad de Huntington clínicamente establecida o riesgo de enfermedad de Huntington basado en antecedentes familiares o pruebas genéticas.
- D. El trastorno neurocognitivo no se puede atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en

las págs. 682–683): Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento, codifique primero **G10** Enfermedad de Huntington, seguido de **F02.81** Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento.

Para trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento, codifique primero **G10** enfermedad de Huntington, seguido de **F02.80** trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

727

Para trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington, codifique **G31.84**. (**Nota:** no utilice el código adicional **para** la enfermedad de Huntington. "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero deben registrarse).

Para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington: use códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad de Huntington (p. ej., **F06.31** trastorno depresivo debido a la enfermedad de Huntington con características depresivas; **F06.4** trastorno de ansiedad debido a la enfermedad de Huntington). Enfermedad de Huntington).

Características diagnósticas

El deterioro cognitivo progresivo es una característica central de la enfermedad de Huntington, con cambios tempranos en la función ejecutiva (es decir, velocidad de procesamiento, organización y planificación) típicamente más prominentes que la disminución en el aprendizaje y la memoria. Los cambios cognitivos y conductuales asociados suelen preceder a la aparición de las anomalías motoras típicas de bradicinesia (es decir, ralentización del movimiento voluntario) y corea (es decir, movimientos espasmódicos involuntarios). El diagnóstico de la enfermedad de Huntington definitiva se da en el

presencia de anomalías motoras extrapiramidales inequívocas en un individuo con antecedentes familiares de enfermedad de Huntington o pruebas genéticas que muestran una expansión repetida del trinucleótido CAG en el gen **HTT**, ubicado en el cromosoma 4.

Funciones asociadas

La irritabilidad, la apatía, la ansiedad, los síntomas obsesivo-compulsivos, la depresión y, más raramente, la psicosis pueden asociarse con la enfermedad de Huntington y, a menudo, preceden al inicio de los síntomas motores.

Predominio

Los déficits neurocognitivos son un resultado eventual de la enfermedad de Huntington; la prevalencia mundial se estima en 2,7 por 100.000. La prevalencia de la enfermedad de Huntington en América del Norte, Europa y Australia es de 5,7 por 100 000, con una prevalencia mucho más baja de 0,40 por 100 000 en Asia.

Desarrollo y curso

La edad al momento del diagnóstico de la enfermedad de Huntington varía ampliamente, pero los síntomas se observan con mayor frecuencia entre los 35 y los 45 años. La edad de inicio está inversamente correlacionada con la longitud de expansión de CAG. La enfermedad de Huntington juvenil (inicio antes de los 20 años) puede presentarse más comúnmente con bradicinesia, distonía y rigidez que con los movimientos coreicos característicos del trastorno de inicio en la edad adulta. La enfermedad progresó gradualmente, con una supervivencia promedio después del diagnóstico clínico estimada en aproximadamente 10 a 20 años, aunque los individuos afectados pueden mostrar una variabilidad significativa en la progresión de la enfermedad.

La expresión fenotípica de la enfermedad de Huntington varía según la presencia de síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos. Las anomalías psiquiátricas y cognitivas pueden preceder a la anomalía motora en una década o más.

Los síntomas iniciales que requieren atención a menudo incluyen irritabilidad, ansiedad o estado de ánimo depresivo. Otros trastornos del comportamiento pueden incluir apatía pronunciada, desinhibición, impulsividad y deterioro de la percepción, y la apatía a menudo se vuelve más progresiva con el tiempo. Los primeros síntomas del movimiento pueden

Implican la aparición de inquietud en las extremidades, así como una leve **apraxia** (es decir, dificultad con movimientos decididos), particularmente con tareas de motricidad fina. A medida que avanza el trastorno, otros problemas motores incluyen alteración de la marcha (**ataxia**) e inestabilidad postural. El deterioro motor eventualmente afecta la producción del habla (**disartria**) de tal manera que el habla se vuelve muy difícil de entender, lo que puede resultar en una angustia significativa como resultado de la barrera de comunicación en el contexto de una cognición relativamente intacta. La enfermedad motora avanzada afecta severamente la marcha con

728

ataxia progresiva. Eventualmente, los individuos se vuelven no ambulatorios. La enfermedad motora en etapa terminal afecta el control motor de la alimentación y la deglución, por lo general un factor importante que contribuye a la muerte del individuo por neumonía por aspiración.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. La base genética de la enfermedad de Huntington es una expansión autosómica dominante completamente penetrante del trinucleótido CAG, a menudo denominada **repetición CAG** en el gen de la huntingtina. Una longitud de repetición de 40 o más se asocia invariablemente con la enfermedad de Huntington, con longitudes de repetición más largas asociadas con una edad temprana de inicio. Una longitud de repetición CAG en el rango de 36 a 39 se considera parcialmente penetrante, lo que significa que esta longitud podría o no conducir a la enfermedad de Huntington. Si la enfermedad de Huntington ocurre con longitudes repetidas en este rango, es más frecuente que se asocie con un inicio tardío en la vida (diagnóstico después de los 70 años).

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas genéticas son la principal prueba de laboratorio para la determinación de la enfermedad de Huntington, que es un trastorno autosómico dominante con penetrancia completa. Se observa que el trinucleótido CAG tiene una expansión repetida en el gen que codifica la proteína huntingtina en el cromosoma 4. El diagnóstico de la enfermedad de Huntington no se realiza solo en presencia de la expansión del gen, sino que el diagnóstico se realiza solo después de que se manifiestan los síntomas motores. Algunas personas con antecedentes familiares positivos solicitan

Pruebas genéticas en una etapa presintomática. Las características asociadas también pueden incluir cambios en las neuroimágenes; Se sabe que la pérdida de volumen en los ganglios basales, particularmente en el núcleo caudado y el putamen, ocurre y progresan durante el curso de la enfermedad. Se han observado otros cambios estructurales y funcionales en las imágenes cerebrales, pero siguen siendo objeto de investigación. medidas.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

En la enfermedad de Huntington, se ha documentado bien un riesgo elevado de suicidio en comparación con la población general. Una revisión de la literatura y un informe de datos de un gran estudio observacional encontraron que el suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en la enfermedad de Huntington. El riesgo elevado de pensamientos suicidas en la enfermedad de Huntington se ha demostrado en individuos diagnosticados tanto antes como después de manifestar los síntomas motores de la enfermedad de Huntington. Los factores de riesgo de pensamientos suicidas incluyen síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad, psicosis y apatía, lo que enfatiza la importancia de tratar los síntomas depresivos y evaluar los pensamientos suicidas durante el seguimiento clínico. De manera similar, un gran estudio de cohorte europeo sobre la enfermedad de Huntington encontró que las causas más frecuentes de muerte eran neumonía (19,5 %), otras infecciones (6,9 %) y suicidio (6,6 %).

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo

mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington

En la fase prodrómica de la enfermedad y en el diagnóstico temprano, el declive ocupacional es más común y la mayoría de las personas reportan cierta pérdida de la capacidad para participar en su trabajo típico. Los aspectos emocionales, conductuales y cognitivos de la enfermedad de Huntington, como la desinhibición y los cambios de personalidad, están muy asociados con el deterioro funcional.

Los déficits cognitivos que más contribuyen al deterioro funcional pueden incluir la velocidad de procesamiento, la iniciación y la atención en lugar del deterioro de la memoria. Dado que el inicio de la enfermedad de Huntington ocurre en años productivos de la vida, puede tener un efecto muy perjudicial en el desempeño en el entorno laboral, así como en la vida social, la vida familiar y aspectos importantes del funcionamiento diario, como la conducción. A medida que la enfermedad progresa, la discapacidad por problemas como

el deterioro de la marcha, la disartria y los comportamientos impulsivos o irritables pueden aumentar sustancialmente el nivel de deterioro y las necesidades de atención diaria, más allá de las necesidades de atención atribuibles al deterioro cognitivo. Los movimientos coreicos severos pueden interferir sustancialmente con la provisión de cuidados como bañarse, vestirse e ir al baño.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales. Los primeros síntomas de la enfermedad de Huntington pueden incluir inestabilidad del estado de ánimo, irritabilidad o conductas compulsivas que pueden sugerir otro trastorno mental. Sin embargo, las pruebas genéticas o el desarrollo de síntomas motores distinguirán la presencia de la enfermedad de Huntington. En tales casos, si los síntomas del estado de ánimo son un foco de atención clínica, pueden estar indicados por un diagnóstico adicional de trastorno depresivo debido a la enfermedad de Huntington, con características depresivas.

Otros trastornos neurocognitivos. Los primeros síntomas de la enfermedad de Huntington, en particular los síntomas de disfunción ejecutiva y disminución de la velocidad psicomotora, pueden parecerse a los de otros trastornos neurocognitivos (ENT), como los trastornos neurocognitivos leves o graves.

Otros trastornos del movimiento. La enfermedad de Huntington también debe diferenciarse de otros trastornos o afecciones asociados con la corea, como la enfermedad de Wilson, la discinesia tardía inducida por fármacos, la corea de Sydenham, el lupus eritematoso sistémico o la corea senil. En raras ocasiones, los individuos pueden presentar un curso similar al de la enfermedad de Huntington pero sin pruebas genéticas positivas; esto se considera una fenocopia de la enfermedad de Huntington que resulta de una variedad de factores genéticos potenciales.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Hay evidencia a partir de la anamnesis, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple).
- C. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor) u otro trastorno neurocognitivo específico (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer).

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación

en las págs. 682 y 683): Para un trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento, codifique primero la otra afección médica, seguida del trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento (p. ej., **G35** esclerosis múltiple, **F02.81** trastorno neurocognitivo mayor debido a esclerosis múltiple, con alteración del comportamiento).

Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento, codifique primero la otra afección médica, seguido del trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento (por ejemplo, **G35** esclerosis múltiple, **F02.80** trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento). a la esclerosis múltiple, sin alteración del comportamiento).

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

730

Para trastorno neurocognitivo leve debido a otra condición médica, codifique **G31.84**. (**Nota:** no utilice el código adicional para la otra afección médica. "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" **no** se pueden codificar, pero aún deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica:
Use código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a otra afección médica (p. ej., **F06.32** trastorno depresivo debido a esclerosis múltiple, con episodio similar a la depresión mayor).

Características de

diagnóstico Varias afecciones médicas pueden causar trastornos neurocognitivos (ENT) distintas de las etiologías específicas (p. ej., la enfermedad de Alzheimer) ya incluidas en los conjuntos de criterios de ENT anteriores de este capítulo. Estas condiciones incluyen lesiones estructurales (p. ej., tumores cerebrales primarios o secundarios, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal o lentamente progresiva), hipoxia relacionada con hipoperfusión por insuficiencia cardíaca, condiciones endocrinas (p. ej., hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglucemias), condiciones nutricionales (p. ej., deficiencias de tiamina o niacina), otras afecciones infecciosas (p. ej., neurosífilis, criptococosis), trastornos inmunitarios (p. ej., arteritis temporal, lupus eritematoso sistémico), insuficiencia hepática o renal, afecciones metabólicas (p. ej., enfermedad de Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromática , otras enfermedades de almacenamiento de la edad adulta y la niñez) y otras afecciones neurológicas (p. ej., epilepsia, esclerosis múltiple). Las causas inusuales de lesión del sistema nervioso central, como descarga eléctrica o radiación intracraneal, generalmente son evidentes a partir de la historia. La asociación temporal entre el inicio o la exacerbación de la condición médica y el desarrollo del déficit cognitivo ofrece el mayor respaldo de que la ENT es una condición médica. La certeza diagnóstica con respecto a esta relación puede aumentar si los déficits neurocognitivos mejoran parcialmente o se estabilizan en el contexto del tratamiento de la afección médica.

Desarrollo y curso

Por lo general, el curso de la ENT progresar de una manera acorde con la progresión de la afección médica subyacente. En circunstancias donde la condición médica es tratable (p. ej., hipotiroidismo), el déficit neurocognitivo puede mejorar o al menos no

Progreso. Cuando la afección médica tiene un curso de deterioro (p. ej., esclerosis múltiple progresiva secundaria), los déficits neurocognitivos progresarán junto con el curso temporal de la enfermedad.

Marcadores de

diagnóstico El examen físico asociado, los hallazgos de laboratorio y otras características clínicas dependen de la naturaleza y la gravedad de la afección médica.

Diagnóstico diferencial

Otro trastorno neurocognitivo mayor o leve.

La presencia de una condición médica atribuible no excluye por completo la posibilidad de otro tipo etiológico de ENT mayor o leve. Si los déficits cognitivos persisten después del tratamiento exitoso de una condición médica asociada, entonces otra etiología puede ser responsable del deterioro cognitivo.

731

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a múltiples etiologías

Criterios de diagnóstico

- A. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Hay evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de más de un proceso etiológico, excluyendo sustancias (p. ej., trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer con desarrollo subsiguiente de trastorno neurocognitivo vascular).

Nota: Consulte los criterios de diagnóstico para los diversos trastornos neurocognitivos debido a condiciones médicas específicas para obtener orientación sobre cómo establecer las etiologías particulares.

C. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental y no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación

en las págs. 682 y 683): para un trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías, codifique primero todas las afecciones médicas etiológicas (con la excepción de la enfermedad vascular, que no se codifica), seguido de **F02.81** para trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías, con alteración del comportamiento; o **F02.80** para trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías, sin alteración del comportamiento.

Si la enfermedad vascular se encuentra entre las múltiples afecciones médicas etiológicas, codifique a continuación **F01.51** para trastorno neurocognitivo vascular mayor, con alteración del comportamiento; o **F01.50** para trastorno neurocognitivo vascular mayor, sin alteración del comportamiento. **Nota:** Los especificadores de gravedad "leve", "moderado" y "grave" no se pueden codificar para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así se deben registrar.

Por ejemplo, para una presentación de trastorno neurocognitivo mayor, moderado, con una alteración del comportamiento, que se considera que se debe a la enfermedad de Alzheimer, enfermedad vascular e infección por VIH, y en la que se considera que el consumo crónico intenso de alcohol es un factor contribuyente, codifique lo siguiente: **G30.9** enfermedad de Alzheimer, **B20** infección por VIH; **F02.81** trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer e infección por VIH, moderado, con alteración del comportamiento; **F01.51** trastorno neurocognitivo vascular mayor, moderado, con alteración del comportamiento; y **F10.27** trastorno grave por consumo de alcohol con trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo moderado, no amnésico-confabulatorio. Para trastorno neurocognitivo leve debido a múltiples etiologías, codifique **G31.84**. (**Nota:** No utilice los códigos adicionales para las etiologías . "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a múltiples etiologías: Use código(s) adicional(es) para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a las diversas etiologías (p. ej., **F06.2** trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer, con delirios; **F06.31** trastorno depresivo debido a la enfermedad cerebrovascular, con características depresivas).

Esta categoría se incluye para cubrir la presentación clínica de un trastorno neurocognitivo (ENT) para el cual hay evidencia de que múltiples condiciones médicas han jugado un papel probable en el desarrollo de la NCD. Además de la evidencia indicativa de la presencia de múltiples condiciones médicas que se sabe que causan ENT (es decir, hallazgos de la historia clínica y el examen físico, y hallazgos de laboratorio), puede ser útil consultar los criterios de diagnóstico y el texto de los diversos diagnósticos médicos. etiologías (p. ej., NCD debido a la enfermedad de Parkinson) para obtener más información sobre cómo establecer la conexión etiológica para esa afección médica en particular.

732

Trastorno neurocognitivo no especificado

R41.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno neurocognitivo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos neurocognitivos. . La categoría de trastorno neurocognitivo no especificado se utiliza en situaciones en las que la etiología precisa no puede determinarse con suficiente certeza para realizar una atribución etiológica.

Nota de codificación: para el trastorno neurocognitivo mayor o leve no especificado, codifique **R41.9**. (**Nota:** no utilice códigos adicionales para *ningún*

presuntas condiciones médicas etiológicas. "Con alteración del comportamiento" y "sin alteración del comportamiento" no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Desorden de personalidad

Este capítulo comienza con una definición general de trastorno de la personalidad que se aplica a cada uno de los 10 trastornos específicos de la personalidad. Un **trastorno de la personalidad** es un patrón duradero de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las normas y expectativas de la cultura del individuo, es generalizado e inflexible, tiene un inicio en la adolescencia o en la adultez temprana, es estable con el tiempo y conduce a angustia o deterioro. .

Con cualquier proceso de revisión en curso, especialmente uno de esta complejidad, surgen diferentes puntos de vista y se hizo un esfuerzo para acomodarlos.

Así, los trastornos de la personalidad se incluyen tanto en las Secciones II como en la III. El material de la Sección II representa una actualización del texto asociado con los mismos criterios que se encuentran en el DSM-5 (que se trasladaron del DSM-IV-TR), mientras que la Sección III incluye el modelo propuesto para el diagnóstico y la conceptualización de los trastornos de la personalidad desarrollado por el DSM. -5 Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad. A medida que este campo evolucione, se espera que ambas versiones sirvan para la práctica clínica y las iniciativas de investigación, respectivamente.

En este capítulo se incluyen los siguientes trastornos de la personalidad.

- El trastorno de **personalidad paranoide** es un patrón de desconfianza y sospecha tal que los motivos de los demás se interpretan como malévolos.
- El trastorno **esquizoide de la personalidad** es un patrón de desapego de las relaciones sociales y un rango restringido de expresión emocional.
- El trastorno **esquizotípico de la personalidad** es un patrón de incomodidad aguda en las relaciones íntimas, distorsiones cognitivas o perceptivas, y excentricidades del comportamiento.
- El trastorno de **personalidad antisocial** es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, delincuencia, impulsividad y falta de aprendizaje de la experiencia.

- **El trastorno límite de la personalidad** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad.
- **El trastorno histriónico de la personalidad** es un patrón de excesiva emotividad y búsqueda de atención.
- El trastorno de **personalidad narcisista** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

- El trastorno de **personalidad por evitación** es un patrón de inhibición social, sentimientos de insuficiencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- **El trastorno de personalidad dependiente** es un patrón de comportamiento sumiso y apegado relacionado con una excesiva necesidad de ser atendido.
- **El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- **El cambio de personalidad debido a otra afección médica** es una alteración persistente de la personalidad que se considera la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica (p. ej., lesión del lóbulo frontal).

- **Otro trastorno de personalidad especificado** es una categoría prevista para dos situaciones: 1) el patrón de personalidad del individuo cumple

734

los criterios generales para un trastorno de personalidad y los rasgos de varios trastornos de personalidad diferentes están presentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno de personalidad específico; o 2) el patrón de personalidad del individuo cumple los criterios generales para un trastorno de personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-5 (p. ej., trastorno de personalidad pasivo-agresivo). **El trastorno de personalidad no especificado** es para presentaciones en las que los síntomas característicos de un trastorno de personalidad están presentes pero no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Los trastornos de personalidad se agrupan en tres grupos basados en similitudes descriptivas. El grupo A incluye los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Las personas con estos trastornos a menudo parecen extrañas o excéntricas. El grupo B incluye los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Las personas con estos trastornos a menudo parecen dramáticas, emocionales o erráticas. El grupo C incluye los trastornos de personalidad por evitación, dependiente y obsesivo-compulsivo. Las personas con estos trastornos a menudo parecen ansiosas o temerosas. se d

este sistema de agrupamiento, aunque útil en algunas situaciones educativas y de investigación, tiene serias limitaciones y no ha sido validado consistentemente. Por ejemplo, dos o más trastornos de diferentes grupos, o rasgos de varios de ellos, a menudo pueden coexistir y variar en intensidad y omnipresencia.

Una revisión de estudios epidemiológicos de varios países encontró una prevalencia media de 3,6 % para los trastornos del grupo A, 4,5 % para el grupo B, 2,8 % para el grupo C y 10,5 % para cualquier trastorno de la personalidad. La prevalencia parece variar entre países y por etnia, lo que genera dudas sobre la verdadera variación transcultural y sobre el impacto de diversas definiciones e instrumentos de diagnóstico en las evaluaciones de prevalencia.

Modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad El enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categórica de que los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categórico es la perspectiva dimensional de que los trastornos de personalidad representan variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad que se fusionan imperceptiblemente con la normalidad y entre sí. Consulte la Sección III para obtener una descripción completa de un modelo dimensional para los trastornos de la personalidad. Los grupos de trastornos de la personalidad del DSM-5 (es decir, extraño excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) también pueden verse como dimensiones que representan espectros de disfunción de la personalidad en un continuo con otros trastornos mentales. Los modelos dimensionales alternativos tienen mucho en común y juntos parecen cubrir las áreas importantes de la disfunción de la personalidad. Su integración, utilidad clínica y relación con las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad y varios aspectos de la disfunción de la personalidad continúan bajo investigación activa. Esto incluye investigar si el modelo dimensional puede aclarar las variaciones de prevalencia transcultural observadas con el modelo categórico.

Trastorno General de la Personalidad

Criterios

- A. Un patrón duradero de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas: 1. Cognición (es decir, formas de percibirse e interpretarse a sí mismo, a otras personas y eventos).
2. Afectividad (es decir, el rango, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de impulsos.

735

- B. El patrón duradero es inflexible y omnipresente en una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón duradero conduce a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o principios de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no se explica mejor como manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).

Características diagnósticas

Los rasgos de personalidad son patrones perdurables de percepción, relación y pensamiento sobre el entorno y uno mismo que se exhiben en una amplia gama de contextos sociales y personales. Solo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o una angustia subjetiva, constituyen trastornos de personalidad. La característica esencial de un trastorno de la personalidad es un patrón duradero de experiencia interna.

y comportamiento que se desvía marcadamente de las normas y expectativas de la cultura del individuo y se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal o control de impulsos (Criterio A). Este patrón duradero es inflexible y generalizado en una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y conduce a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración, y su inicio puede rastrearse al menos hasta la adolescencia o la adultez temprana (Criterio D). El patrón no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, exposición a una toxina) u otra condición médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico) (Criterio F). También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en este capítulo.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de funcionamiento a largo plazo del individuo, y las características particulares de la personalidad deben ser evidentes en la edad adulta temprana. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también deben distinguirse de las características que surgen en respuesta a factores estresantes situacionales específicos o estados mentales más transitorios (p. ej., trastorno bipolar, depresivo o de ansiedad; intoxicación por sustancias). El clínico debe evaluar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. Aunque una sola entrevista con el individuo a veces es suficiente para hacer el diagnóstico, a menudo es necesario realizar más de una entrevista y espaciarlas en el tiempo.

La evaluación también puede complicarse por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad pueden no ser consideradas problemáticas por el individuo (es decir, los rasgos suelen ser egosintónicos). Para ayudar a superar esta dificultad, la información complementaria de otros informantes puede ser útil.

Desarrollo y curso Las características

de un trastorno de la personalidad suelen volverse reconocibles durante la adolescencia o los primeros años de la vida adulta. Por definición, un trastorno de la personalidad es un patrón persistente de pensamiento, sentimiento y comportamiento que es relativamente estable a lo largo del tiempo. Algunos tipos de trastorno de la personalidad (en particular, antisocial y

trastornos límite de la personalidad) tienden a volverse menos evidentes o a remitir con la edad, mientras que esto parece ser menos cierto para algunos otros tipos (p. ej., trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo y esquizotípico).

Las categorías de trastornos de la personalidad se pueden aplicar a niños o adolescentes en aquellos casos relativamente inusuales en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo parecen ser generalizados, persistentes y es poco probable que se limiten a un individuo en particular.

736

etapa de desarrollo o atribuible a otro trastorno mental. Debe reconocerse que los rasgos de un trastorno de la personalidad que aparecen en la niñez a menudo no persistirán sin cambios en la vida adulta. Para que se diagnostique un trastorno de la personalidad en un individuo menor de 18 años, las características deben haber estado presentes durante al menos 1 año. La única excepción a esto es el trastorno de personalidad antisocial, que no se puede diagnosticar en personas menores de 18 años. Aunque, por definición, un trastorno de la personalidad requiere un inicio no posterior a la edad adulta temprana, es posible que las personas no acudan a la atención clínica hasta una edad relativamente avanzada. Un trastorno de la personalidad puede exacerbarse tras la pérdida de personas de apoyo significativas (p. ej., un cónyuge) o situaciones sociales previamente estabilizadoras (p. ej., un trabajo). Sin embargo, el desarrollo de un cambio en la personalidad en la edad adulta media o más tarde justifica una evaluación exhaustiva para determinar la posible presencia de un cambio de personalidad debido a otra afección médica o un trastorno por uso de sustancias no reconocido.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los aspectos centrales de la personalidad, como la regulación emocional y el funcionamiento interpersonal, están influenciados por la cultura, que también proporciona medios de protección y asimilación y normas para la aceptación y denuncia de comportamientos y rasgos de personalidad específicos. Los juicios sobre el funcionamiento de la personalidad deben tener en cuenta el origen étnico, cultural y social del individuo. Los trastornos de personalidad no deben confundirse con problemas asociados a la aculturación posterior a la migración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos y políticos basados en la

antecedentes o contexto cultural del individuo. Los patrones de comportamiento que parecen ser aspectos rígidos y disfuncionales del trastorno de la personalidad pueden reflejar, en cambio, respuestas adaptativas a las limitaciones culturales. Por ejemplo, la confianza en una relación abusiva en una comunidad pequeña donde el divorcio está prohibido puede no reflejar una dependencia patológica; la protesta política de conciencia que pone a amigos y familiares en riesgo con las autoridades o en conflicto con las normas legales no refleja necesariamente una insensibilidad patológica. Existen marcadas variaciones en el reconocimiento y diagnóstico de los trastornos de la personalidad entre grupos culturales, étnicos y racializados. La precisión del diagnóstico se puede mejorar si se presta atención a las concepciones del yo y el apego culturalmente moldeadas, los sesgos de evaluación que resultan de los propios antecedentes culturales de los médicos o el uso de instrumentos de diagnóstico que no están normalizados para la población que se está evaluando, y el impacto de los determinantes sociales como la pobreza, estrés aculturativo, racismo y discriminación en sentimientos, cogniciones y comportamientos. Es útil para el clínico, especialmente cuando evalúa a alguien de un entorno diferente, obtener información adicional de informantes que estén familiarizados con el entorno cultural de la persona.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género Ciertos trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno de personalidad antisocial) se diagnostican con más frecuencia en los hombres. Otros (p. ej., trastornos de la personalidad límite, histriónico y dependiente) se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres; sin embargo, en el caso del trastorno límite de la personalidad, esto puede deberse a una mayor búsqueda de ayuda entre las mujeres. No obstante, los médicos deben tener cuidado de no sobrediagnosticar o subdiagnosticar ciertos trastornos de la personalidad en mujeres o en hombres debido a los estereotipos sociales sobre los roles y comportamientos de género típicos. Actualmente, no hay pruebas suficientes sobre las diferencias entre las personas cis y transgénero con respecto a la epidemiología o las presentaciones clínicas de los trastornos de la personalidad para sacar conclusiones significativas.

Diagnóstico diferencial Otros

trastornos mentales y rasgos de personalidad

Muchos de los criterios específicos para los trastornos de la personalidad describen características (p. ej., suspicacia,

dependencia, insensibilidad) que también son característicos de episodios de otros trastornos mentales. Un trastorno de la personalidad debe

737

ser diagnosticado solo cuando las características definitorias aparecieron antes de la edad adulta temprana, son típicas del funcionamiento a largo plazo del individuo y no ocurren exclusivamente durante un episodio de otro trastorno mental. Puede ser particularmente difícil (y no particularmente útil) distinguir los trastornos de la personalidad de los trastornos mentales persistentes, como el trastorno depresivo persistente, que tienen un inicio temprano y un curso duradero y relativamente estable. Algunos trastornos de la personalidad pueden tener una relación de “espectro” con otros trastornos mentales (p. ej., trastorno esquizotípico de la personalidad con esquizofrenia; trastorno de la personalidad por evitación con trastorno de ansiedad social) con base en similitudes fenomenológicas o biológicas o agregación familiar.

Los trastornos de personalidad deben distinguirse de los rasgos de personalidad que no alcanzan el umbral de un trastorno de personalidad. Los rasgos de personalidad se diagnostican como un trastorno de personalidad solo cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o angustia subjetiva.

Desórdenes psicóticos. Para los tres trastornos de personalidad que pueden estar relacionados con los trastornos psicóticos (es decir, paranoide, esquizoide y esquizotípico), existe un criterio de exclusión que establece que el patrón de comportamiento no debe haber ocurrido exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o depresivo. trastorno con rasgos psicóticos u otro trastorno psicótico. Cuando una persona tiene un trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno de personalidad preexistente, también se debe registrar el trastorno de personalidad, seguido de “premórbido” entre paréntesis.

Trastornos de ansiedad y depresivos. El médico debe ser cauteloso al diagnosticar trastornos de la personalidad durante un episodio de un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad, ya que estas condiciones pueden tener características transversales de los síntomas que imitan los rasgos de la personalidad y pueden dificultar la evaluación retrospectiva de los patrones a largo plazo del individuo. de funcionamiento.

Trastorno de estrés postraumático.

Cuando los cambios de personalidad surgen y persisten después de que un individuo ha estado expuesto a un estrés extremo, se debe considerar un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Trastornos por uso de sustancias. Cuando una persona tiene un trastorno por uso de sustancias, es importante no hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad basado únicamente en comportamientos que sean consecuencia de la intoxicación o abstinencia de sustancias o que estén asociados con actividades al servicio de mantener el uso de sustancias (p. ej., comportamiento antisocial) .

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. Cuando surgen cambios duraderos en la personalidad como resultado de los efectos fisiológicos de otra afección médica (p. ej., un tumor cerebral), se debe considerar un diagnóstico de cambio de personalidad debido a otra afección médica.

Trastornos de la personalidad del grupo A

Trastorno de personalidad paranoide

Criterios de diagnóstico

F60.0

A. Una desconfianza y suspicacia generalizadas hacia los demás, de modo que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en la adultez temprana y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes:

738

1. Sospecha, sin fundamento suficiente, que otros lo están explotando, dañando o engañando.
2. Le preocupan dudas injustificadas sobre la lealtad o confianza de amigos o asociados.

3. Es reacio a confiar en los demás por temor injustificado de que la información se utilice maliciosamente en su contra.
 4. Lee significados degradantes o amenazantes ocultos en comentarios o eventos benignos.
 5. Persistentemente guarda rencores (es decir, no perdona los insultos, lesiones o deseires).
 6. Percibe ataques a su carácter o reputación que no son evidentes para los demás y reacciona rápidamente con enojo o contraataca.
 7. Tiene sospechas recurrentes, sin justificación, sobre fidelidad del cónyuge o pareja sexual.
- B. No ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o trastorno depresivo con características psicóticas u otro trastorno psicótico y no es atribuible a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: si se cumplen los criterios antes del inicio de la esquizofrenia, agregue “premórbido”, es decir, “trastorno de personalidad paranoide (premórbido)”.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de personalidad paranoide es un patrón generalizado de desconfianza y suspicacia hacia los demás, de modo que sus motivos se interpretan como malévolos. Este patrón comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con este trastorno asumen que otras personas los explotarán, dañarán o engañarán, incluso si no existe evidencia que respalde esta expectativa (Criterio A1). Sobre la base de poca o ninguna evidencia, sospechan que otros están conspirando contra ellos y pueden atacarlos repentinamente, en cualquier momento y sin razón. A menudo sienten que han sido profunda e irreversiblemente heridos por otra persona o personas, incluso cuando no hay evidencia objetiva de ello. Están preocupados por dudas injustificadas sobre la lealtad o la honradez de sus amigos y

asociados, cuyas acciones se examinan minuciosamente en busca de pruebas de intenciones hostiles (Criterio A2). Cualquier desviación percibida de la confiabilidad o la lealtad sirve para respaldar sus suposiciones subyacentes. Están tan asombrados cuando un amigo o asociado les muestra lealtad que no pueden confiar ni creerlo. Si se meten en problemas, esperan que sus amigos y asociados los ataquen o los ignoren.

Las personas con trastorno de personalidad paranoide son reacias a confiar o acercarse a los demás porque temen que la información que comparten se utilice en su contra (Criterio A3). Pueden negarse a responder preguntas personales, diciendo que la información “no es asunto de nadie”.

Leen significados ocultos que son degradantes y amenazantes en comentarios o eventos benignos (Criterio A4). Por ejemplo, una persona con este trastorno puede malinterpretar un error honesto de un empleado de la tienda como un intento deliberado de estafar, o ver un comentario humorístico casual de un compañero de trabajo como un ataque serio al carácter. Los elogios a menudo se malinterpretan (p. ej., un elogio por una nueva adquisición se malinterpreta como una crítica al egoísmo; un elogio por un logro se malinterpreta como un intento de forzar más y mejor desempeño). Pueden ver una oferta de ayuda como una crítica de que no lo están haciendo lo suficientemente bien por su cuenta.

Las personas con este trastorno guardan rencor de forma persistente y no están dispuestas a perdonar los insultos, injurias o desaires que creen haber recibido (Criterio A5). Los desaires menores despiertan una gran hostilidad y los sentimientos hostiles persisten durante mucho tiempo. Debido a que están constantemente atentos a las intenciones dañinas de los demás, muy a menudo sienten que su carácter o reputación han sido atacados o que han sido menospreciados de alguna otra manera. Son rápidos para contraatacar y reaccionan con ira ante los insultos percibidos (Criterio A6). Las personas con este trastorno pueden tener celos patológicos, a menudo sospechando que su cónyuge

o la pareja sexual le es infiel sin justificación adecuada (Criterio A7). Pueden reunir “pruebas” triviales y circunstanciales para apoyar sus creencias celosas. Quieren mantener el control total de las relaciones íntimas para evitar ser traicionados y pueden cuestionar y

impugnar el paradero, actos, intenciones y fidelidad de su cónyuge o pareja.

El trastorno de personalidad paranoide no debe diagnosticarse si el patrón de conducta se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas u otro trastorno psicótico, o si es atribuible a los efectos fisiológicos de un trastorno neurológico (p. epilepsia del lóbulo temporal) u otra afección médica (Criterio B).

Funciones asociadas

Por lo general, es difícil llevarse bien con las personas con trastorno de personalidad paranoide y, a menudo, tienen problemas con las relaciones cercanas. Su desconfianza y hostilidad excesivas pueden expresarse en argumentaciones abiertas, quejas recurrentes o distanciamiento hostil. Muestran una gama lábil de afecto, predominando las expresiones hostiles, obstinadas y sarcásticas. Su naturaleza combativa y suspicaz puede provocar una respuesta hostil en los demás, lo que luego sirve para confirmar sus expectativas originales.

Debido a que las personas con trastorno de personalidad paranoide no confían en los demás, necesitan tener un alto grado de control sobre quienes los rodean. Suelen ser rígidos, críticos con los demás e incapaces de colaborar, aunque ellos mismos tienen grandes dificultades para aceptar las críticas. Pueden culpar a otros por sus propios defectos. Debido a su rapidez para contraatacar en respuesta a las amenazas que perciben a su alrededor, pueden ser litigiosos y con frecuencia verse involucrados en disputas legales.

Las personas con este trastorno buscan confirmar sus nociones negativas preconcebidas sobre las personas o situaciones que encuentran, atribuyendo a los demás motivaciones malévolas que son proyecciones de sus propios miedos. Pueden exhibir fantasías grandiosas poco realistas y poco escondidas, a menudo están en sintonía con cuestiones de poder y rango, y tienden a desarrollar estereotipos negativos de los demás, en particular los de grupos de población distintos al suyo. Atraídos por formulaciones simplistas del mundo, a menudo desconfían de las situaciones ambiguas. Pueden ser percibidos como "fanáticos" y formar "cultos" o grupos muy unidos con otras personas que comparten sus sistemas de creencias paranoicos.

Predominio

La prevalencia estimada de personalidad paranoide basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 2,3 %. La prevalencia del trastorno de personalidad paranoide en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 4,4%. Una revisión de seis estudios epidemiológicos (cuatro en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 3,2%. En entornos forenses, la prevalencia estimada puede llegar al 23%.

Desarrollo y curso El trastorno

de personalidad paranoide puede manifestarse por primera vez en la niñez y la adolescencia con soledad, malas relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar e hipersensibilidad interpersonal. El inicio en la adolescencia del trastorno de personalidad paranoide se asocia con una historia previa de maltrato infantil, síntomas de externalización, intimidación de compañeros y apariencia adulta de agresión interpersonal.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La exposición a factores estresantes sociales como la desigualdad socioeconómica, la marginación y el racismo se asocia con una disminución de la confianza, que en algunos casos es adaptativa.

740

La combinación de estrés social y maltrato infantil explica la mayor prevalencia de síntomas paranoides en grupos sociales que enfrentan discriminación racial. Tanto los estudios longitudinales como transversales confirman que el trauma infantil es un factor de riesgo para el trastorno de personalidad paranoide.

Genético y fisiológico. Existe alguna evidencia de una mayor prevalencia del trastorno de personalidad paranoide en familiares de probandos con esquizofrenia y de una relación familiar más específica con el trastorno delirante, tipo persecutorio.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Algunas conductas que están influenciadas por contextos socioculturales o circunstancias de vida específicas pueden ser etiquetadas erróneamente como paranoicas e incluso pueden ser reforzadas por el proceso de evaluación clínica. Los migrantes, los miembros de poblaciones étnicas y racializadas socialmente oprimidas y otros grupos que enfrentan adversidades sociales, racismo y discriminación pueden mostrar comportamientos cautelosos o defensivos debido a la falta de familiaridad (p. ej., barreras del idioma o falta de conocimiento de las normas y reglamentos) o en respuesta a la abandono, hostilidad o indiferencia de la sociedad mayoritaria. Algunos grupos culturales desarrollan una confianza generalizada baja, especialmente de los miembros del grupo externo, lo que puede conducir a comportamientos que pueden juzgarse erróneamente como paranoicos. Estos incluyen cautela, emocionalidad externa limitada, rigidez cognitiva, distancia social y hostilidad o actitud defensiva en situaciones experimentadas como injustas o discriminatorias. Estos comportamientos pueden, a su vez, generar ira y frustración en los demás, incluidos los clínicos, estableciendo así un círculo vicioso de desconfianza mutua, que no debe confundirse con rasgos paranoides o trastorno de personalidad paranoide.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género Si bien se encontró que el trastorno de personalidad paranoide es más común en hombres que en mujeres en un metanálisis basado en muestras clínicas y comunitarias, la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas encontró que era más común en mujeres

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos

El trastorno de personalidad paranoide se puede distinguir del trastorno delirante, tipo persecutorio; esquizofrenia; y un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas porque todos estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., delirios y alucinaciones). Para dar un diagnóstico adicional de trastorno de personalidad paranoide, el trastorno de personalidad debe haber estado presente antes del inicio de los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos están en remisión. Cuando una persona tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) precedido por un trastorno de personalidad paranoide, también se debe registrar el trastorno de personalidad paranoide, seguido de “premórbido” entre paréntesis.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. Paranoico el trastorno de personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. Personalidad paranoide el desorden debe ser distinguida de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Rasgos paranoides asociados a minusvalías físicas. El trastorno también debe distinguirse de los rasgos paranoides asociados con el desarrollo de discapacidades físicas (p. ej., una deficiencia auditiva).

741

Otros trastornos de personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno paranoide de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos.

Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen con los criterios para uno o más trastornos de personalidad además del trastorno de personalidad paranoide, todos pueden ser diagnosticados. El trastorno de personalidad paranoide y el trastorno de personalidad esquizotípica comparten los rasgos de desconfianza, distanciamiento interpersonal e ideación paranoide, pero el trastorno de personalidad esquizotípica también incluye síntomas como pensamiento mágico, experiencias perceptivas inusuales y pensamiento y habla extraños. Los individuos con conductas que cumplen los criterios del trastorno esquizoide de la personalidad suelen ser percibidos como extraños, excéntricos, fríos y distantes, pero no suelen tener una ideación paranoide destacada. La tendencia de las personas con trastorno de personalidad paranoide a reaccionar con ira ante estímulos menores también se observa en los trastornos de personalidad límite e histriónico. Sin embargo, estos trastornos no están necesariamente asociados con una sospecha generalizada, y el trastorno límite de la personalidad exhibe niveles más altos de impulsividad y comportamiento autodestructivo. Las personas con trastorno de la personalidad por evitación también pueden ser reacias a confiar en los demás, pero más por temor a sentirse avergonzados o considerados inadecuados que por temor a las intenciones maliciosas de los demás. Aunque el comportamiento antisocial puede estar presente en algunos indi-

Trastorno de la personalidad, no suele estar motivado por un deseo de beneficio personal o de explotar a otros como en el trastorno de personalidad antisocial, sino que más a menudo se atribuye a un deseo de venganza. Las personas con trastorno de personalidad narcisista pueden mostrar ocasionalmente suspicacia, retramiento social o alienación, pero esto se deriva principalmente del temor a que se revelen sus imperfecciones o defectos.

Los rasgos paranoides pueden ser adaptativos, particularmente en ambientes amenazantes. El trastorno de personalidad paranoide debe diagnosticarse solo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o angustia subjetiva.

Comorbilidad

Particularmente en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran de minutos a horas). En algunos casos, el trastorno paranoico de la personalidad puede aparecer como antecedente premórbido del trastorno delirante o de la esquizofrenia. Las personas con trastorno de personalidad paranoide pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor y pueden tener un mayor riesgo de padecer agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias ocurren con frecuencia. Los trastornos de personalidad concurrentes más comunes parecen ser esquizotípico, esquizoide, narcisista, evitativo y límite.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Criterios de diagnóstico

F60.1

- A. Un patrón generalizado de desapego de las relaciones sociales y un rango restringido de expresión de emociones en entornos interpersonales, que comienza en la adultez temprana y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes: 1. Ninguno de los deseos ni disfruta de relaciones cercanas, incluyendo ser parte de una familia.

2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Tiene poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta de pocas actividades, si es que realiza alguna.
5. Carece de amigos cercanos o confidentes que no sean de primer grado parientes.

742

6. Se muestra indiferente a los elogios o críticas de los demás.
 7. Muestra frialdad emocional, desapego o aplanamiento afectividad.
- B. No ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o trastorno del espectro autista y no es atribuible a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: si se cumplen los criterios antes del inicio de la esquizofrenia, agregue “premórbido”, es decir, “trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)”.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón generalizado de desapego de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de emociones en entornos interpersonales. Este patrón comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad parecen carecer de deseo de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de desarrollar relaciones cercanas y no parecen obtener mucha satisfacción de ser parte de una familia u otro grupo social (Criterio A1). Prefieren pasar tiempo solos, en lugar de estar con otras personas. A menudo parecen estar socialmente aislados o “solitarios” y casi siempre eligen actividades o pasatiempos solitarios que no incluyen la interacción con los demás (Criterio A2). Prefieren tareas mecánicas o abstractas, como juegos de computadora o matemáticos.

Pueden tener muy poco interés en tener experiencias sexuales con otro

persona (Criterio A3) y disfrutan de pocas o ninguna actividad (Criterio A4). Por lo general, hay una experiencia reducida de placer de las experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, como caminar en una playa al atardecer o tener relaciones sexuales. Estas personas no tienen amigos cercanos ni confidentes, excepto posiblemente un familiar de primer grado (Criterio A5).

Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad a menudo parecen indiferentes a la aprobación o crítica de los demás y no parecen molestars por lo que los demás puedan pensar de ellos (Criterio A6). Pueden ignorar las sutilezas normales de la interacción social y, a menudo, no responden adecuadamente a las señales sociales, de modo que parecen socialmente ineptos o superficiales y ensimismados. Por lo general, muestran un exterior "soso" sin reactividad emocional visible y rara vez corresponden con gestos o expresiones faciales, como sonrisas o asentimientos (Criterio A7). Afirman que rara vez experimentan emociones fuertes como la ira y la alegría. A menudo muestran un afecto restringido y parecen fríos y distantes. Sin embargo, en aquellas circunstancias muy inusuales en las que estos individuos se sienten cómodos al menos temporalmente al revelarse, pueden reconocer tener sentimientos dolorosos, particularmente relacionados con las interacciones sociales.

El trastorno esquizoide de la personalidad no debe diagnosticarse si el patrón de conducta se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, o si es atribuible a los efectos fisiológicos de un trastorno neurológico. (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) u otra afección médica (Criterio B).

Funciones asociadas

Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad pueden tener especial dificultad para expresar la ira, incluso en respuesta a una provocación directa, lo que contribuye a la impresión de que carecen de emoción. A veces, sus vidas parecen no tener rumbo y puede parecer que "vagan a la deriva" en sus objetivos. Tales individuos a menudo reaccionan pasivamente a las circunstancias adversas y tienen dificultad para responder apropiadamente a los eventos importantes de la vida. Debido a su falta de habilidades sociales y falta de deseo de experiencias sexuales, las personas con este trastorno tienen pocas amistades, salen con poca frecuencia y, a menudo, no se casan.

El funcionamiento ocupacional puede verse afectado, particularmente si las relaciones interpersonales

se requiere participación, pero las personas con este trastorno pueden hacerlo bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social.

743

Predominio

El trastorno esquizoide de la personalidad es poco común en entornos clínicos. La prevalencia estimada del trastorno esquizoide de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 4,9 %. La prevalencia del trastorno esquizoide de la personalidad en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 3,1%. Una revisión de seis estudios epidemiológicos (cuatro en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 1,3%.

Desarrollo y curso El trastorno

esquizoide de la personalidad puede manifestarse por primera vez en la niñez y la adolescencia con soledad, malas relaciones con los compañeros y bajo rendimiento escolar, lo que marca a estos niños o adolescentes como diferentes y los hace objeto de burlas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos

El trastorno esquizoide de la personalidad puede tener una mayor prevalencia en los familiares de personas con esquizofrenia o trastorno esquizotípico de la personalidad.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Las personas de una variedad de entornos culturales a veces exhiben comportamientos defensivos y estilos interpersonales que pueden etiquetarse erróneamente como "esquizoides". Por ejemplo, aquellos que se han mudado de entornos rurales a metropolitanos pueden reaccionar con un "congelamiento emocional" que puede durar varios meses y manifestarse como actividades solitarias, afecto restringido y otros déficits en la comunicación. Los inmigrantes de otros países a veces se perciben erróneamente como fríos, hostiles o indiferentes, lo que puede ser una respuesta al ostracismo social de la sociedad de acogida.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Mientras que algunas investigaciones sugieren que el trastorno esquizoide de la personalidad puede ser más común en los hombres, otras investigaciones sugieren que no hay diferencia de género en la prevalencia.

Diagnóstico diferencial Otros

trastornos mentales con síntomas psicóticos. El trastorno esquizoide de la personalidad puede distinguirse del trastorno delirante, la esquizofrenia y un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas porque todos estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., delirios y alucinaciones). Para dar un diagnóstico adicional de trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe haber estado presente antes del inicio de los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos están en remisión. Cuando una persona tiene un trastorno psicótico persistente (p. ej., esquizofrenia) precedido por un trastorno esquizoide de la personalidad, también se debe registrar el trastorno esquizoide de la personalidad, seguido de “premórbido” entre paréntesis.

Desorden del espectro autista. Puede haber una gran dificultad para diferenciar a las personas con trastorno esquizoide de la personalidad de las personas con trastorno del espectro autista, particularmente con formas más leves de cualquiera de los dos trastornos, ya que ambos incluyen una aparente indiferencia hacia el compañerismo con los demás. Sin embargo, el trastorno del espectro autista puede diferenciarse por comportamientos e intereses estereotipados.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. Esquizoide el trastorno de personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno esquizoide de la personalidad también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de personalidad y rasgos de personalidad.

Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno esquizoide de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno esquizoide de la personalidad, todos pueden ser diagnosticados. Aunque las características de aislamiento social y afectividad restringida son comunes a los trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide, el trastorno esquizoide de la personalidad puede distinguirse del trastorno esquizotípico de la personalidad por la ausencia de distorsiones cognitivas y perceptivas, y del trastorno paranoide de la personalidad por la falta de suspicacia y paranoia. Ideación El aislamiento social del trastorno esquizoide de la personalidad puede distinguirse del trastorno de la personalidad por evitación, que es atribuible al miedo a sentirse avergonzado o una anticipación inadecuada y excesiva del rechazo. Por el contrario, las personas con trastorno esquizoide de la personalidad tienen un desapego más generalizado y un deseo limitado de intimidad social. Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad también pueden mostrar un aparente desapego social derivado de la devoción por el trabajo y la incomodidad con las emociones, pero tienen una capacidad subyacente para la intimidad.

Las personas que son "solitarias" o bastante introvertidas pueden mostrar rasgos de personalidad que podrían considerarse esquizoides, en consonancia con la conceptualización más amplia del trastorno esquizoide de la personalidad como un trastorno definido por introversión/desapego patológico. Solo cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o una angustia subjetiva, constituyen un trastorno esquizoide de la personalidad.

Comorbilidad

Particularmente en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran de minutos a horas). En algunos casos, el trastorno esquizoide de la personalidad puede aparecer como antecedente premórbido del trastorno delirante o de la esquizofrenia. Las personas con este trastorno a veces pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor. El trastorno esquizoide de la personalidad a menudo coexiste con los trastornos esquizotípico, paranoico y evitativo de la personalidad.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Criterios de diagnóstico

F21

- A. Un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales marcados por una incomodidad aguda y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan en la edad adulta temprana y se presentan en una variedad de contextos, como se indica, por cinco (o más) de los siguientes:
1. Ideas de referencia (excluyendo delirios de referencia).
 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y es inconsistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creencia en la clarividencia, telepatía o “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
 3. Experiencias perceptivas inusuales, incluidas las ilusiones corporales.
 4. Pensamiento y habla extraños (p. ej., vagos, circunstanciales, metafóricos, demasiado elaborados o estereotipados).
 5. Sospecha o ideación paranoica.
 6. Afecto inapropiado o restringido.

745

7. Comportamiento o apariencia extraña, excéntrica o peculiar.
 8. Falta de amigos cercanos o confidentes que no sean de primer grado parientes.
 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.
- B. No ocurre exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con

características psicóticas, otro trastorno psicótico o trastorno del espectro autista.

Nota: si se cumplen los criterios antes del inicio de la esquizofrenia, agregue "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales marcados por una incomodidad aguda y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad a menudo tienen ideas de referencia (es decir, interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y eventos externos que tienen un significado particular e inusual específicamente para la persona) (Criterio A1). Estos deben distinguirse de los delirios de referencia, en los que las creencias se mantienen con una convicción delirante. Estos individuos pueden ser supersticiosos o estar preocupados por fenómenos paranormales que están fuera de las normas de su subcultura (Criterio A2).

Pueden sentir que tienen poderes especiales para detectar eventos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen control mágico sobre los demás, lo que puede implementarse directamente (p. ej., creer que el hecho de que su cónyuge saque a pasear al perro es el resultado directo de pensar una hora antes que debería hacerlo) o indirectamente mediante el cumplimiento de reglas mágicas. rituales (p. ej., pasar por delante de un objeto específico tres veces para evitar un determinado resultado dañino). Pueden existir alteraciones perceptivas (p. ej., sentir que otra persona está presente o escuchar una voz murmurando su nombre) (Criterio A3). Su discurso puede incluir frases y construcciones inusuales o idiosincrásicas. A menudo es suelto, digresivo o vago, pero sin descarrilamiento o incoherencia reales (Criterio A4).

Las respuestas pueden ser demasiado concretas o demasiado abstractas, y las palabras o los conceptos a veces se aplican de manera inusual (p. ej., la persona puede afirmar que no era "hablable" en el trabajo).

Las personas con este trastorno a menudo son suspicaces y pueden tener ideas paranoicas (p. ej., creer que sus compañeros de trabajo tienen la intención de socavar su reputación con el jefe) (Criterio A5). Usualmente están

no es capaz de negociar toda la gama de afectos y señales interpersonales necesarias para tener relaciones satisfactorias y, por lo tanto, a menudo parece interactuar con los demás de forma inapropiada, rígida o restringida (Criterio A6). A estos individuos a menudo se les considera extraños o excéntricos debido a modales inusuales, una forma de vestir a menudo descuidada que no "encaja bien" y falta de atención a las convenciones sociales habituales (p. ej., el individuo puede evitar el contacto visual, usar ropa que están manchados de tinta y mal ajustados, y no pueden unirse a las bromas de toma y daca de los compañeros de trabajo) (Criterio A7).

Las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad experimentan las relaciones interpersonales como problemáticas y se sienten incómodas relacionándose con otras personas. Aunque pueden expresar infelicidad por su falta de relaciones, su comportamiento sugiere una disminución del deseo de contactos íntimos. Como resultado, por lo general no tienen o tienen pocos amigos cercanos o confidentes que no sean familiares de primer grado (Criterio A8). Se muestran ansiosos en situaciones sociales, especialmente en aquellas en las que participan personas desconocidas (Criterio A9). Interactúan con otras personas cuando tienen que hacerlo, pero prefieren mantenerse solos porque sienten que son diferentes y simplemente no "encajan". Su ansiedad social no disminuye fácilmente, incluso cuando pasan más tiempo en el entorno o se familiarizan más con las otras personas, porque su ansiedad tiende a estar asociada con la desconfianza sobre las motivaciones de los demás. Por ejemplo, cuando asiste a una cena, el individuo con esquizotipia

746

El trastorno de la personalidad no se relajará con el paso del tiempo, sino que puede volverse cada vez más tenso y suspicaz.

El trastorno esquizotípico de la personalidad no debe diagnosticarse si el patrón de conducta se produce exclusivamente en el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista (Criterio B).

Funciones asociadas

Las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad a menudo buscan tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad o depresión más que para las características del trastorno de la personalidad per se.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno esquizotípico de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 3,3 %. La prevalencia del trastorno esquizotípico de la personalidad en los datos de la Encuesta Nacional Epidemiológica sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 3,9 %. Una revisión de cinco estudios epidemiológicos (tres en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 0,6%.

Desarrollo y curso El trastorno

esquizotípico de la personalidad tiene un curso relativamente estable, con sólo una pequeña proporción de individuos que desarrollan esquizofrenia u otro trastorno psicótico. El trastorno esquizotípico de la personalidad puede manifestarse por primera vez en la niñez y la adolescencia con soledad, malas relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares y fantasías extrañas. Estos niños pueden parecer "raros" o "excéntricos" y atraer las burlas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos El trastorno esquizotípico de la personalidad parece agregarse familiarmente y es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de personas con esquizofrenia que entre la población general. También puede haber un aumento modesto de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los familiares de probandos con trastorno esquizotípico de la personalidad. Los estudios de gemelos indican factores genéticos altamente estables y factores ambientales bastante transitorios para un mayor riesgo de síndrome esquizotípico, y las variantes de riesgo genético para la esquizofrenia pueden estar relacionadas con el trastorno esquizotípico de la personalidad. Los estudios de neuroimagen detectan diferencias a nivel de grupo en el tamaño y la función de regiones cerebrales específicas en individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad en comparación con personas sanas.

individuos con esquizofrenia e individuos con otros trastornos de la personalidad.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Las distorsiones cognitivas y perceptivas deben evaluarse en el contexto del entorno cultural del individuo. Las características dominantes culturalmente determinadas, en particular las relacionadas con creencias y prácticas sobrenaturales y religiosas (vida más allá de la muerte, hablar en lenguas, vudú, chamanismo, lectura de la mente, sexto sentido, mal de ojo, creencias mágicas relacionadas con la salud y la enfermedad), pueden parecer esquizotípicas. al clínico desinformado. Por lo tanto, las variaciones transnacionales e interétnicas observadas en la prevalencia y expresión de los rasgos esquizotípicos pueden ser un verdadero hallazgo epidemiológico o debido a las diferencias en la aceptación cultural de estas experiencias.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno esquizotípico de la personalidad parece ser un poco más común en los hombres que en las mujeres.

747

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos

El trastorno esquizotípico de la personalidad puede distinguirse del trastorno delirante, la esquizofrenia y un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas porque todos estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., delirios y alucinaciones). Para dar un diagnóstico adicional de trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe haber estado presente antes del inicio de los síntomas psicóticos y persistir cuando los síntomas psicóticos están en remisión. Cuando un individuo tiene un trastorno psicótico persistente (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno esquizotípico de la personalidad, también se debe registrar el trastorno esquizotípico de la personalidad, seguido de "premórbido" entre paréntesis.

Trastornos del neurodesarrollo Puede haber una gran dificultad para diferenciar a los niños con trastorno esquizotípico de la personalidad de los heterogéneos.

grupo de niños solitarios y extraños cuyo comportamiento se caracteriza por un marcado aislamiento social, excentricidad o peculiaridades del lenguaje y cuyos diagnósticos probablemente incluirían formas más leves de trastorno del espectro autista o trastornos de la comunicación del lenguaje. Los trastornos de la comunicación pueden diferenciarse por la primacía y la gravedad del trastorno en el lenguaje y por los rasgos característicos del deterioro del lenguaje que se encuentran en una evaluación especializada del lenguaje. Las formas más leves del trastorno del espectro autista se diferencian por una falta aún mayor de conciencia social y reciprocidad emocional y comportamientos e intereses estereotipados.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno esquizotípico de la personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno esquizotípico de la personalidad también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno esquizotípico de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos.

Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno esquizotípico de la personalidad, todos pueden ser diagnosticados. Aunque los trastornos de la personalidad paranoide y esquizoide también pueden caracterizarse por desapego social y afecto restringido, el trastorno esquizotípico de la personalidad puede distinguirse de estos dos diagnósticos por la presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y una marcada excentricidad o rareza. Las relaciones cercanas están limitadas tanto en el trastorno esquizotípico de la personalidad como en el trastorno de la personalidad por evitación; sin embargo, en el trastorno de la personalidad por evitación, el deseo activo de relacionarse se ve limitado por el miedo al rechazo, mientras que en el trastorno esquizotípico de la personalidad existe una falta de deseo de relacionarse y un desapego persistente. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad también pueden mostrar suspicacia, retraimiento social o alienación, pero en el trastorno narcisista de la personalidad estas cualidades se derivan principalmente del temor a que se revelen las imperfecciones o los defectos. Las personas con trastorno límite de la personalidad

Síntomas transitorios similares a los psicóticos, pero por lo general están más estrechamente relacionados con los cambios afectivos en respuesta al estrés (p. ej., ira intensa, ansiedad, decepción) y suelen ser más disociativos (p. ej., desrealización, despersonalización). Por el contrario, es más probable que las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad tengan síntomas duraderos similares a los psicóticos que pueden empeorar con el estrés, pero es menos probable que se asocien invariablemente con síntomas afectivos pronunciados. Aunque el aislamiento social puede ocurrir en el trastorno límite de la personalidad, por lo general es secundario a fallas interpersonales repetidas debido a arrebatos de ira y cambios de humor frecuentes, en lugar de ser el resultado de una falta persistente de contactos sociales y deseo de intimidad. Además, las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad no suelen mostrar las conductas impulsivas o manipuladoras de la persona con trastorno esquizotípico.

748

trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, existe una alta tasa de ocurrencia simultánea entre los dos trastornos, por lo que no siempre es factible hacer tales distinciones. Las características esquizotípicas durante la adolescencia pueden reflejar una agitación emocional transitoria en lugar de un trastorno de personalidad duradero.

Comorbilidad

Particularmente en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos transitorios (que duran de minutos a horas), aunque por lo general son de duración insuficiente para justificar un diagnóstico adicional como trastorno psicótico breve o trastorno esquizofreniforme. En algunos casos, pueden desarrollarse síntomas psicóticos clínicamente significativos que cumplen los criterios de trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o esquizofrenia. Existe una considerable coexistencia con los trastornos de personalidad esquizoide, paranoide, evitativo y borderline.

Trastornos de la personalidad del grupo B

Desorden de personalidad antisocial

Criterios de diagnóstico

F60.2

- A. Un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás, que ocurre desde los 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes: 1. Incumplimiento de las normas sociales con respecto a los comportamientos legales, como se indica realizando repetidamente actos que sean motivo de arresto.
2. Engaño, como lo indican las mentiras repetidas, el uso de alias o engañar a otros para beneficio o placer personal.
3. Impulsividad o falta de planificación anticipada.
4. Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desprecio imprudente por la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad consistente, como lo indica la falta repetida de mantener un comportamiento laboral consistente o cumplir con las obligaciones financieras.
7. Falta de remordimiento, como lo indica ser indiferente o racionalizar haber lastimado, maltratado o robado a otro.
- B. El individuo tiene al menos 18 años de edad.
- C. Hay evidencia de trastorno de conducta con inicio antes de la edad 15 años.
- D. La aparición de comportamiento antisocial no es exclusiva durante el curso de la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno de personalidad antisocial es un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás que comienza en

niñez o adolescencia temprana y continúa en la edad adulta. Este patrón también se ha denominado ***psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad***. Debido a que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno de personalidad antisocial, puede ser especialmente útil integrar la información obtenida de la evaluación clínica sistemática con la información recopilada de fuentes colaterales.

749

Para que se dé este diagnóstico, el individuo debe tener al menos 18 años de edad (Criterio B) y debe haber tenido evidencia de trastorno de conducta con inicio antes de los 15 años (Criterio C). El trastorno de conducta implica un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos específicos característicos del trastorno de conducta caen en una de cuatro categorías: agresión a personas y animales, destrucción de propiedad, engaño o robo, o violación grave de las reglas.

El patrón de comportamiento antisocial continúa hasta la edad adulta. Las personas con trastorno de personalidad antisocial no se ajustan a las normas sociales con respecto al comportamiento legal (Criterio A1). Pueden realizar repetidamente actos que son motivo de arresto (ya sea que sean arrestados o no), como destruir propiedad, acosar a otros, robar o ejercer ocupaciones ilegales. Las personas con este trastorno hacen caso omiso de los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Con frecuencia son engañosos y manipuladores para obtener beneficio o placer personal (p. ej., para obtener dinero, sexo o poder). (Criterio A2). Pueden mentir repetidamente, usar un alias, estafar a otros o fingir. Un patrón de impulsividad puede manifestarse por la falta de planificación anticipada (Criterio A3). Las decisiones se toman en el impulso del momento, sin previsión y sin considerar las consecuencias para uno mismo o para los demás; esto puede llevar a cambios repentinos de trabajos, residencias o relaciones. Las personas con trastorno de personalidad antisocial tienden a ser irritables y agresivas y pueden involucrarse repetidamente en peleas físicas o cometer actos de agresión física (incluidos golpear al cónyuge o golpear al niño) (Criterio A4). (Los actos agresivos que se requieren para defenderse a sí mismo o a otra persona no se consideran evidencia de este artículo). Estos individuos también muestran un desprecio imprudente por la seguridad de ellos mismos o

otros (Criterio A5). Esto puede evidenciarse en su conducta de conducción (es decir, exceso de velocidad recurrente, conducción en estado de ebriedad, accidentes múltiples). Pueden involucrarse en conductas sexuales o uso de sustancias que tienen un alto riesgo de consecuencias dañinas. Pueden descuidar o dejar de cuidar a un niño de una manera que lo pone en peligro.

Las personas con trastorno de personalidad antisocial también tienden a ser constante y extremadamente irresponsables (Criterio A6). El comportamiento laboral irresponsable puede estar indicado por períodos significativos de desempleo a pesar de las oportunidades laborales disponibles, o por el abandono de varios trabajos sin un plan realista para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de ausencias repetidas del trabajo que no se explican por enfermedad ni en ellos mismos ni en su familia. La irresponsabilidad financiera está indicada por actos como el incumplimiento de pago de deudas, la falta de mantenimiento de los hijos o la falta de apoyo regular a otros dependientes. Las personas con trastorno antisocial de la personalidad muestran poco remordimiento por las consecuencias de sus actos (Criterio A7). Pueden ser indiferentes o proporcionar una racionalización superficial por haber lastimado, maltratado o robado a alguien (p. ej., "la vida es injusta", "los perdedores merecen perder"). Estos individuos pueden culpar a las víctimas por ser tontas, indefensas o merecedoras de su destino (p. ej., "se lo merecía de todos modos"); pueden minimizar las consecuencias dañinas de sus acciones; o pueden simplemente indicar completa indiferencia. Por lo general, no logran compensar o enmendar su comportamiento. Pueden creer que todos están dispuestos a "ayudar número uno" y que uno no debe detenerse ante nada para evitar ser empujado.

La conducta antisocial no debe ocurrir exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Criterio D).

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de personalidad antisocial a menudo carecen de empatía y tienden a ser insensibles, cínicas y desdeñosas de los sentimientos, derechos y sufrimientos de los demás. Pueden tener una autoevaluación inflada y arrogante (p. ej., sentir que el trabajo ordinario está por debajo de ellos o carecer de una preocupación realista sobre sus problemas actuales o su futuro) y pueden ser excesivamente testarudos, seguros de sí mismos o engreídos. Algunos individuos antisociales pueden mostrar un encanto simplista y superficial y pueden ser bastante volubles y verba-

fácil (p. ej., usar términos técnicos o jerga que pueda impresionar a alguien que no esté familiarizado con el tema). Falta de

750

la empatía, la autoevaluación inflada y el encanto superficial son características que se han incluido comúnmente en las concepciones tradicionales de la psicopatía que pueden ser particularmente distintivas del trastorno y más predictivas de reincidencia en prisión o entornos forenses, donde los actos criminales, delictivos o agresivos son probable que sea inespecífico. Estos individuos también pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales. Pueden tener un historial de muchas parejas sexuales y es posible que nunca hayan sostenido una relación monógama. Pueden ser irresponsables como padres, como lo demuestra la desnutrición de un niño, una enfermedad en el niño como resultado de la falta de higiene mínima, la dependencia del niño de los vecinos o parientes no residentes para la alimentación o la vivienda, la falta de arreglos para un cuidador para un niño pequeño cuando el individuo está fuera de casa, o despilfarro repetido del dinero requerido para las necesidades del hogar. Estas personas pueden recibir bajas deshonrosas de las fuerzas armadas, pueden no ser autosuficientes, pueden empobrecerse o incluso quedarse sin hogar, o pueden pasar muchos años en instituciones penales. Las personas con trastorno de personalidad antisocial tienen más probabilidades que las personas de la población general de morir prematuramente por causas naturales y por suicidio.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad antisocial basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 0,6 %. La prevalencia del trastorno de personalidad antisocial en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 3,6 %. Una revisión de siete estudios epidemiológicos (seis en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 3,6%. La prevalencia más alta del trastorno de personalidad antisocial (más del 70%) se encuentra entre las muestras de hombres con los trastornos por consumo de alcohol más graves y de clínicas de abuso de sustancias, prisiones u otros entornos forenses. La prevalencia de por vida parece ser similar entre los individuos blancos y negros no latinos y más baja en los lati-

y asiático-americanos. La prevalencia puede ser mayor en muestras afectadas por factores socioeconómicos (es decir, pobreza) o socioculturales (es decir, migración) adversos.

Desarrollo y curso El trastorno de

personalidad antisocial tiene un curso crónico, pero puede volverse menos evidente o remitir a medida que el individuo envejece, a menudo a los 40 años. Aunque esta remisión tiende a ser particularmente evidente con respecto a la conducta delictiva, es probable que haya una disminución en el espectro completo de comportamientos antisociales y uso de sustancias. Por definición, la personalidad antisocial no puede diagnosticarse antes de los 18 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El abuso o la negligencia infantil, la crianza inestable o errática, o la disciplina parental inconsistente pueden aumentar la probabilidad de que el trastorno de conducta se convierta en un trastorno de personalidad antisocial.

Genético y fisiológico. El trastorno de personalidad antisocial es más común entre los familiares biológicos de primer grado de quienes padecen el trastorno que en la población general. Los parientes biológicos de personas con este trastorno también tienen un mayor riesgo de trastorno de somatización (un diagnóstico que fue reemplazado en el DSM-5 con trastorno de síntomas somáticos) y trastornos por uso de sustancias. Dentro de una familia que tiene un miembro con trastorno de personalidad antisocial, los varones presentan con mayor frecuencia trastorno de personalidad antisocial y trastornos por consumo de sustancias, mientras que las mujeres presentan con mayor frecuencia trastorno de somatización.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

El trastorno de personalidad antisocial se ha asociado con un nivel socioeconómico bajo y entornos urbanos. En ocasiones, el diagnóstico puede aplicarse incorrectamente a personas en entornos en los que

el comportamiento aparentemente antisocial puede ser parte de una estrategia protectora de supervivencia (p. ej., formación de pandillas juveniles en áreas urbanas con altos índices de violencia

y discriminación). Los contextos socioculturales con altas tasas de maltrato infantil o exposición a la violencia también tienden a tener una prevalencia elevada de comportamientos antisociales, lo que sugiere un factor de riesgo potencial para el desarrollo del trastorno de personalidad antisocial o un entorno adverso que evoca comportamientos antisociales contextuales y reactivos que no representan rasgos generalizados y duraderos consistentes con un trastorno de personalidad. Al evaluar los rasgos antisociales, es útil que el médico considere el contexto social y económico en el que ocurren los comportamientos. En la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas, la prevalencia parece variar entre los grupos étnicos y raciales de EE. UU., posiblemente debido a una combinación de diferencias de prevalencia reales, artefactos de medición y el impacto de entornos adversos que generan comportamientos que se asemejan a los de la personalidad antisocial. trastorno, sino que son reactivos y contextuales. Los individuos de algunos grupos socialmente oprimidos pueden tener un mayor riesgo de diagnóstico erróneo o sobrediagnóstico de trastorno de personalidad antisocial porque es más probable que se les diagnostique erróneamente un trastorno de conducta en la adolescencia, que es un requisito para un diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno de personalidad antisocial es tres veces más común en hombres que en mujeres. Las mujeres con trastorno de personalidad antisocial tienen más probabilidades de haber experimentado experiencias adversas en la infancia y en la edad adulta, como abuso sexual, en comparación con los hombres. La presentación clínica puede variar; los hombres se presentan con mayor frecuencia con irritabilidad/agresión y desprecio imprudente por la seguridad de los demás en comparación con las mujeres. Los trastornos por uso de sustancias comórbidos son más comunes en los hombres, mientras que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad comórbidos son más comunes en las mujeres. Ha habido cierta preocupación de que el trastorno de personalidad antisocial pueda estar infradiagnosticado en las mujeres, particularmente debido al énfasis en los elementos agresivos en la definición de trastorno de conducta.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad no se da a menores de 18 años y se da sólo si hay evidencia de conducta

trastorno antes de los 15 años. Para personas mayores de 18 años, se da un diagnóstico de trastorno de conducta solo si no se cumplen los criterios para el trastorno de personalidad antisocial.

Trastornos por uso de sustancias. Cuando el comportamiento antisocial en un adulto se asocia con un trastorno por uso de sustancias, el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial no se realiza a menos que los signos del trastorno de personalidad antisocial también estuvieran presentes en la niñez y hayan continuado hasta la edad adulta. Cuando el consumo de sustancias y el comportamiento antisocial comenzaron en la niñez y continuaron hasta la edad adulta, se debe diagnosticar tanto un trastorno por consumo de sustancias como un trastorno de personalidad antisocial si se cumplen los criterios para ambos, aunque algunos actos antisociales pueden ser una consecuencia del trastorno por consumo de sustancias. ej., venta ilegal de drogas, robos para obtener dinero para drogas.

Esquizofrenia y trastornos bipolares. El comportamiento antisocial que ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o un trastorno bipolar no debe diagnosticarse como trastorno de personalidad antisocial.

Otros trastornos de personalidad. Otros trastornos de personalidad pueden confundirse con el trastorno de personalidad antisocial porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen con los criterios para uno o más trastornos de personalidad además del trastorno de personalidad antisocial, todos pueden ser diagnosticados. Las personas con trastorno de personalidad antisocial y trastorno de personalidad narcisista comparten una tendencia a ser duros, simplistas, superficiales, explotadores y carecen de empatía. Sin embargo,

752

El trastorno de personalidad narcisista no incluye características de impulsividad, agresión y engaño. Además, las personas con trastorno de personalidad antisocial pueden no estar tan necesitadas de la admiración y la envidia de los demás, y las personas con trastorno de personalidad narcisista generalmente carecen de antecedentes de trastorno de conducta en la infancia o de conducta delictiva en la edad adulta.

Las personas con trastorno de personalidad antisocial y trastorno histriónico de la personalidad comparten una tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de emociones, imprudentes, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno histriónico

El trastorno de personalidad tiende a ser más exagerado en sus emociones y no se involucra característicamente en conductas antisociales. Los individuos con trastornos histriónicos y límite de la personalidad son manipuladores para ganar cariño, mientras que aquellos con trastorno antisocial de la personalidad son manipuladores para obtener ganancias, poder o alguna otra gratificación material.

Las personas con trastorno de personalidad antisocial tienden a ser menos inestables emocionalmente y más agresivas que aquellas con trastorno límite de personalidad. Aunque el comportamiento antisocial puede estar presente en algunos individuos con trastorno de personalidad paranoide, por lo general no está motivado por un deseo de ganancia personal o de explotar a otros como en el trastorno de personalidad antisocial, sino que más a menudo se atribuye a un deseo de venganza.

Conducta delictiva no asociada a un trastorno mental. El trastorno de personalidad antisocial debe distinguirse del comportamiento antisocial que no se debe a un trastorno mental, por ejemplo, el comportamiento delictivo realizado con fines lucrativos que no se acompaña de los rasgos de personalidad característicos de este trastorno. En estos casos, se puede codificar la condición de conducta antisocial del adulto (ver “Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica”).

Comorbilidad

Las personas con trastorno de personalidad antisocial también pueden experimentar disforia, incluidas quejas de tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y estado de ánimo deprimido. Pueden tener asociados trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias, trastorno de síntomas somáticos y trastorno del juego. Las personas con trastorno de personalidad antisocial también suelen tener características de personalidad que cumplen los criterios de otros trastornos de personalidad, en particular los trastornos de personalidad límite, histriónico y narcisista. La probabilidad de desarrollar un trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta aumenta si el individuo experimentó un trastorno de conducta de inicio en la infancia (antes de los 10 años) y un trastorno por déficit de atención/hiperactividad acompañante.

Trastorno límite de la personalidad

Criterios de diagnóstico**F60.3**

Un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y marcada impulsividad, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar abandono real o imaginario. (**Nota:** No incluya el comportamiento suicida o de automutilación cubierto en el Criterio 5).
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y desvalorización.
3. Alteración de la identidad: yo marcada y persistentemente inestable imagen o sentido de sí mismo.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). (**Nota:** No incluya el comportamiento suicida o de automutilación cubierto en el Criterio 5).
5. Comportamiento, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

753

6. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlar la ira (p. ej., demostraciones frecuentes de mal genio, ira constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o severa síntomas disociativos.

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno límite de la personalidad realizan esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario (Criterio 1). La percepción de separación o rechazo inminente, o la pérdida de la estructura externa, puede conducir a cambios profundos en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento. Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores de abandono e ira inapropiada incluso cuando se enfrentan a una separación realista por tiempo limitado o cuando hay cambios inevitables en los planes (p. ej., sólo unos minutos tarde o debe cancelar una cita). Pueden creer que este "abandono" implica que son "malos". Estos miedos al abandono están relacionados con la intolerancia a la soledad y la necesidad de tener a otras personas con ellos. Sus esfuerzos frenéticos para evitar el abandono pueden incluir acciones impulsivas como la automutilación o conductas suicidas, que se describen por separado en el Criterio 5 (ver también "Asociación con pensamientos o conductas suicidas").

Las personas con trastorno límite de la personalidad tienen un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar a los posibles cuidadores o amantes en la primera o segunda reunión, exigir pasar mucho tiempo juntos y compartir los detalles más íntimos al principio de una relación.

Sin embargo, pueden cambiar rápidamente de idealizar a otras personas a devaluarlas, sintiendo que la otra persona no se preocupa lo suficiente, no da lo suficiente o no está lo suficientemente "ahí". Estos individuos pueden empatizar con otras personas y nutrirlos, pero solo con la expectativa de que la otra persona "esté allí" a cambio para satisfacer sus propias necesidades cuando se lo soliciten. Estos individuos son propensos a cambios repentinos y dramáticos en su visión de los demás, quienes alternativamente pueden ser vistos como apoyos benéficos o como cruelmente punitivos.

Dichos cambios a menudo reflejan la desilusión con un cuidador cuyas cualidades de crianza han sido idealizadas o cuyo rechazo o abandono se espera.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una autoimagen o sentido de sí mismo marcada y persistentemente inestable (Criterio 3). Hay cambios repentinos y dramáticos en la autoimagen (p. ej., cambiar repentinamente de la

papel de un suplicante necesitado de ayuda al de un justo vengador de malos tratos pasados). Aunque por lo general tienen una imagen de sí mismos que se basa en el sentimiento de ser malos o malvados, las personas con este trastorno a veces pueden tener sentimientos de que no existen en absoluto. Esto puede ser doloroso y aterrador para las personas con este trastorno. Tales experiencias generalmente ocurren en situaciones en las que el individuo siente la falta de una relación significativa, cuidados y apoyo. Estos individuos pueden mostrar un peor desempeño en situaciones laborales o escolares no estructuradas. Esta falta de una identidad completa y duradera dificulta que la persona con trastorno límite de la personalidad identifique patrones de conducta desadaptativos y puede conducir a patrones repetitivos de relaciones problemáticas.

Las personas con trastorno límite de la personalidad muestran impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismas (Criterio 4). Pueden apostar, gastar dinero de manera irresponsable, comer en exceso, abusar de sustancias, tener relaciones sexuales sin protección o conducir de manera imprudente.

754

Las personas con este trastorno muestran conductas, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o conductas de automutilación (Criterio 5). Los pensamientos o comportamientos suicidas recurrentes son a menudo la razón por la que estas personas acuden en busca de ayuda. Estos actos autodestructivos suelen ser precipitados por amenazas de separación o rechazo o por expectativas de que el individuo asuma una mayor responsabilidad. Los actos de automutilación (p. ej., cortarse o quemarse) son muy comunes y pueden ocurrir durante períodos en los que el individuo experimenta síntomas disociativos. Estos actos a menudo brindan alivio al reafirmar la capacidad del individuo para sentir o al expiar el sentimiento de maldad del individuo.

Las personas con trastorno límite de la personalidad pueden mostrar inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días) (Criterio 6). El estado de ánimo disfórico básico de las personas con trastorno límite de la personalidad a menudo se ve interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación y rara vez se alivia con períodos de bienestar o satisfacción. Estos episodios pueden reflejar la reactividad extrema del individuo a las tensiones interpersonales.

Las personas con el trastorno límite de la personalidad pueden verse perturbadas por sentimientos crónicos de vacío, que pueden coexistir con dolorosos sentimientos de soledad (Criterio 7). Se aburren fácilmente y con frecuencia pueden buscar la emoción para evitar sus sentimientos de vacío.

Las personas con este trastorno expresan con frecuencia una ira intensa e inapropiada o tienen dificultad para controlar su ira (Criterio 8). Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura duradera o arrebatos verbales. La ira a menudo se provoca cuando se considera que un cuidador o amante es negligente, retenido, indiferente o abandonado. Tales expresiones de ira a menudo van seguidas de vergüenza y culpa y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malvados.

Durante períodos de estrés extremo, pueden ocurrir ideas paranoicas transitorias o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) (Criterio 9), pero generalmente son de gravedad o duración insuficientes para justificar un diagnóstico adicional. Estos episodios ocurren con mayor frecuencia en respuesta a un abandono real o imaginario. Los síntomas tienden a ser transitorios, con una duración de minutos u horas. El regreso real o percibido de la crianza del cuidador puede resultar en una remisión de los síntomas.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno límite de la personalidad pueden tener un patrón de debilitarse a sí mismas en el momento en que una meta está a punto de alcanzarse (p. ej., abandonar la escuela justo antes de graduarse; retroceder gravemente después de una discusión sobre qué tan bien va la terapia; destruir una buena relación justo antes de la graduación). cuando está claro que la relación puede durar). Algunas personas desarrollan síntomas similares a los psicóticos (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, fenómenos hipnagógicos) durante momentos de estrés. Las personas con este trastorno pueden sentirse más seguras con los objetos de transición (es decir, una mascota o una posesión inanimada) que en las relaciones interpersonales. La muerte prematura por suicidio puede ocurrir en individuos con trastorno límite de la personalidad, especialmente en aquellos con trastornos depresivos o trastornos por uso de sustancias concurrentes. Sin embargo, las muertes por otras causas. como accidentes o enfermedades, son más del doble de frecuentes que las muertes por suicidio en personas con trastorno límite de la personalidad. Las discapacidades físicas pueden resultar de comportamientos de abuso autoinfligido o intentos fallidos de suicidio. Pérdidas recurrentes de trabajo, educación interrumpida y separación o divorcio son

común. El abuso físico y sexual, el abandono, el conflicto hostil y la pérdida temprana de los padres son más comunes en las historias infantiles de las personas con trastorno límite de la personalidad.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno límite de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 1,4 %. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 5,9%. Una revisión de siete estudios epidemiológicos (seis en

755

Estados Unidos) encontró una mediana de prevalencia de 2,7%. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 6 % en los entornos de atención primaria, alrededor del 10 % entre las personas atendidas en clínicas de salud mental para pacientes ambulatorios y alrededor del 20 % entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Desarrollo y curso El trastorno límite de la

personalidad generalmente se ha considerado como un trastorno de inicio en la edad adulta. Sin embargo, se ha encontrado en entornos de tratamiento que los síntomas en adolescentes tan jóvenes como de 12 o 13 años pueden cumplir todos los criterios para el trastorno. Todavía no se sabe qué porcentaje de adultos que inician tratamiento por primera vez tienen un inicio tan temprano del trastorno límite de la personalidad.

Durante mucho tiempo se ha considerado que el trastorno límite de la personalidad es un trastorno con un curso sintomático deficiente, que tiende a disminuir en gravedad a medida que las personas con trastorno límite de la personalidad entran en los 30 y 40 años. Sin embargo, los estudios prospectivos de seguimiento han encontrado que las remisiones estables de 1 a 8 años son muy comunes. Los síntomas impulsivos del trastorno límite de la personalidad remiten más rápidamente, mientras que los síntomas afectivos remiten a un ritmo mucho más lento. Por el contrario, la recuperación del trastorno límite de la personalidad (es decir, la remisión sintomática simultánea y el buen funcionamiento psicosocial) es más difícil de lograr y menos estable en el tiempo. Falta de

la recuperación está asociada con el mantenimiento de los beneficios por discapacidad y el sufrimiento de mala salud física.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. También se ha encontrado que el trastorno límite de la personalidad está asociado con altas tasas de diversas formas de abuso infantil y negligencia emocional. Sin embargo, las tasas informadas de abuso sexual son más altas en pacientes hospitalizados que en pacientes ambulatorios con este trastorno, lo que sugiere que un historial de abuso sexual es un factor de riesgo tanto para la gravedad de la psicopatología límite como para el trastorno en sí. Además, ha surgido un consenso con base empírica que sugiere que una historia infantil de abuso sexual informado no es necesaria ni suficiente para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Genético y fisiológico. El trastorno límite de la personalidad es unas cinco veces más común entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que padecen el trastorno que en la población general. También existe un mayor riesgo familiar de trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad antisocial y trastornos depresivos o bipolares.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

cultura El patrón de comportamiento observado en el trastorno límite de la personalidad se ha identificado en muchos lugares del mundo. Los contextos socioculturales caracterizados por demandas sociales que evocan intentos de autoafirmación y aceptación por parte de los demás, relaciones ambiguas o conflictivas con figuras de autoridad, o marcadas incertidumbres en la adaptación pueden fomentar la impulsividad, inestabilidad emocional, conductas explosivas o agresivas y experiencias disociativas que se asocian con trastorno límite de la personalidad o con reacciones transitorias y contextuales a aquellos entornos que pueden confundirse con el trastorno límite de la personalidad. Dado que los aspectos psicodinámicos, cognitivos, conductuales y de atención plena de los modelos de la mente y el yo varían de una cultura a otra, los síntomas o rasgos que sugieren la presencia de un trastorno límite de la personalidad (p. ej., número de parejas sexuales, cambios entre relaciones, consumo de sustancias) deben ser evaluado a la luz de las normas culturales para hacer un diagnóstico válido.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Si bien el trastorno límite de la personalidad es más común entre las mujeres que entre los hombres en las muestras clínicas, las muestras comunitarias no muestran diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres. Esta discrepancia puede reflejar un mayor grado de búsqueda de ayuda entre las mujeres,

756

llevándolos a entornos clínicos. Las características clínicas de hombres y mujeres con trastorno límite de la personalidad parecen ser similares, con un grado potencialmente mayor de conductas de externalización en niños y hombres y de conductas de internalización en niñas y mujeres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

En un estudio longitudinal, los comportamientos impulsivos y antisociales de las personas con trastorno límite de la personalidad se asociaron con un mayor riesgo de suicidio. En una muestra de pacientes hospitalizados con trastorno límite de la personalidad seguido prospectivamente durante 24 años, alrededor del 6 % murió por suicidio, en comparación con el 1,4 % en una muestra de comparación de individuos con trastornos de la personalidad distintos del trastorno límite de la personalidad. Un estudio de personas con trastorno límite de la personalidad seguido durante 10 años encontró que el comportamiento suicida recurrente era una característica definitoria del trastorno límite de la personalidad, asociado con tasas decrecientes de intentos de suicidio del 79 % al 13 % con el tiempo.

Diagnóstico diferencial

Trastornos depresivos y bipolares

El trastorno límite de la personalidad suele coincidir con los trastornos depresivos o bipolares, y cuando se cumplen los criterios para ambos, ambos deben diagnosticarse. Debido a que la presentación transversal del trastorno límite de la personalidad puede ser imitada por un episodio de trastorno depresivo o bipolar, el médico debe evitar dar un diagnóstico adicional de trastorno límite de la personalidad basándose únicamente en la presentación transversal sin haber documentado que el patrón de comportamiento tuvo un comienzo temprano y un curso prolongado.

Trastorno de ansiedad por separación en adultos.

El trastorno de ansiedad por separación y el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por el miedo al abandono por parte de los seres queridos, pero los problemas de identidad, autodirección, funcionamiento interpersonal e impulsividad también son fundamentales para el trastorno límite de la personalidad.

Otros trastornos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno límite de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno límite de la personalidad, todos pueden ser diagnosticados. Aunque el trastorno histriónico de la personalidad también se puede caracterizar por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulador y las emociones que cambian rápidamente, el trastorno límite de la personalidad se distingue por la autodestrucción, las interrupciones por enojo en las relaciones cercanas y los sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad. Las ideas o ilusiones paranoicas pueden estar presentes tanto en el trastorno límite de la personalidad como en el trastorno esquizotípico de la personalidad, pero estos síntomas son más transitorios, reactivos interpersonalmente y sensibles a la estructuración externa en el trastorno límite de la personalidad. Aunque el trastorno de personalidad paranoide y el trastorno de personalidad narcisista también pueden caracterizarse por una reacción de enojo a estímulos menores, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestrucción física, impulsividad repetitiva y profunda preocupación por el abandono, distingue a estos trastornos del trastorno límite de la personalidad. Aunque el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por un comportamiento manipulador, las personas con trastorno antisocial de la personalidad manipulan para obtener ganancias, poder o alguna otra gratificación material, mientras que el objetivo del trastorno límite de la personalidad se dirige más hacia ganarse la atención de los cuidadores. . Tanto el trastorno de personalidad dependiente como el trastorno límite de personalidad se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que el individuo con trastorno de personalidad dependiente reacciona con apaciguamiento y sumisión crecientes y busca urgentemente una relación de reemplazo que le brinde cuidado y apoyo. El trastorno límite de la personalidad puede

además, se distingue del trastorno de personalidad dependiente por el patrón típico de relaciones inestables e intensas.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. Límite el trastorno de personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno límite de la personalidad también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Problemas de identidad. El trastorno límite de la personalidad debe distinguirse de un problema de identidad, que se reserva para problemas de identidad relacionados con una fase del desarrollo (p. ej., la adolescencia) y no califica como un trastorno mental. Los adolescentes y adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente cuando están acompañados por el consumo de sustancias) pueden mostrar transitoriamente comportamientos que dan la impresión engañosa de un trastorno límite de la personalidad. Tales situaciones se caracterizan por inestabilidad emocional, dilemas existenciales, incertidumbre, opciones que provocan ansiedad, conflictos sobre la orientación sexual y presiones sociales en competencia para decidir sobre carreras.

Comorbilidad Los

trastornos concurrentes comunes incluyen trastornos depresivos y bipolares, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad (particularmente trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social), trastornos alimentarios (en particular, bulimia nerviosa y trastorno por atracón), trastorno de estrés postraumático y déficit de atención/hiperactividad. El trastorno límite de la personalidad también suele coexistir con otros trastornos de la personalidad.

Trastorno de personalidad histriónica

Criterios de diagnóstico

F60.4

Un patrón generalizado de excesiva emotividad y búsqueda de atención, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Se siente incómodo en situaciones en las que él o ella no es el centro de atención.

2. La interacción con los demás a menudo se caracteriza por comportamientos inapropiados. conducta sexualmente seductora o provocativa.
3. Muestra emociones superficiales y rápidamente cambiantes.
4. Consistentemente usa la apariencia física para llamar la atención sobre ser.
5. Tiene un estilo de habla excesivamente impresionista y carente de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exageración. expresión de emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciable por otros o circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más íntimas de lo que realmente son.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno histriónico de la personalidad es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno histriónico de la personalidad se sienten incómodas o poco apreciadas cuando no son el centro de atención (Criterio 1).

A menudo animados y dramáticos, tienden a llamar la atención sobre sí mismos y pueden encantar inicialmente a los nuevos conocidos por su entusiasmo, aparente franqueza o coquetería. Sin embargo, estas cualidades se desgastan, ya que estos individuos demandan continuamente ser el centro de atención. Ellos comandan el

papel de “el alma de la fiesta”. Si no son el centro de atención, pueden hacer algo dramático (p. ej., inventar historias, crear una escena) para llamar la atención sobre sí mismos. Esta necesidad es a menudo evidente en su comportamiento con un médico (p. ej., ser halagador, traer regalos, brindar descripciones dramáticas de los síntomas físicos y psicológicos que se reemplazan por síntomas nuevos en cada visita).

La apariencia y el comportamiento de las personas con este trastorno suelen ser sexualmente provocativos o seductores de manera inapropiada (Criterio 2). Este comportamiento no solo está dirigido hacia personas en las que el individuo tiene un interés sexual o romántico, sino que también ocurre en una amplia variedad de relaciones sociales, ocupacionales y profesionales más allá de lo que es apropiado para el contexto social. La expresión emocional puede ser superficial y cambiar rápidamente (Criterio 3). Las personas con este trastorno utilizan constantemente la apariencia física para llamar la atención (Criterio 4). Están demasiado preocupados por impresionar a los demás con su apariencia y gastan una cantidad excesiva de tiempo, energía y dinero en ropa y arreglo personal.

Pueden “buscar cumplidos” con respecto a la apariencia y pueden molestarte fácil y excesivamente por un comentario crítico sobre cómo se ven o por una fotografía que consideran poco favorecedora.

Estos individuos tienen un estilo de habla excesivamente impresionista y carente de detalles (Criterio 5). Las opiniones fuertes se expresan con estilo dramático, pero las razones subyacentes suelen ser vagas y difusas, sin hechos ni detalles que las respalden. Por ejemplo, una persona con trastorno histriónico de la personalidad puede comentar que cierta persona es un ser humano maravilloso, pero no puede proporcionar ningún ejemplo específico de buenas cualidades para respaldar esta opinión. Las personas con este trastorno se caracterizan por la autodramatización, la teatralidad y una expresión exagerada de las emociones (Criterio 6). Pueden avergonzar a amigos y conocidos mostrando excesivamente sus emociones en público (p. ej., abrazando a conocidos casuales con excesivo ardor, sollozando incontrolablemente en ocasiones sentimentales menores, teniendo rabietas). Sin embargo, sus emociones a menudo parecen encenderse y apagarse demasiado rápido para sentirlos profundamente, lo que puede llevar a otros a acusar a la persona de fingir estos sentimientos.

Los individuos con trastorno histriónico de la personalidad tienen un alto grado de sugestionabilidad (Criterio 7). Sus opiniones y sentimientos se ven influenciados fácilmente por los demás y por las modas actuales. Pueden ser demasiado confiados,

especialmente de figuras de autoridad fuertes a quienes ven como mágicamente resolviendo sus problemas. Tienen tendencia a seguir corazonadas y adoptar convicciones rápidamente. Las personas con este trastorno a menudo consideran las relaciones más íntimas de lo que realmente son, describiendo a casi todos los conocidos como "mi querido, querido amigo" o refiriéndose a los médicos que se encuentran solo una o dos veces en circunstancias profesionales por su nombre de pila (Criterio 8).

Funciones asociadas

El deterioro en general tiende a ser menor en el trastorno histriónico de la personalidad que en muchos otros trastornos de la personalidad. Sin embargo, el deterioro más asociado con el trastorno histriónico de la personalidad parece ser de naturaleza interpersonal. Las personas con trastorno histriónico de la personalidad tienen un estilo interpersonal caracterizado por el dominio social, que puede abarcar un espectro de comportamientos que incluyen un "dominio más cálido" que puede ser de naturaleza intrusiva (p. ej., necesidad de ser el centro de atención; exhibicionista) a un "dominio más frío". dominio" que puede incluir comportamientos arrogantes, controladores y agresivos. Las relaciones románticas parecen estar particularmente deterioradas, con evidencia que sugiere que las personas con síntomas de trastorno histriónico de la personalidad tienen más probabilidades de divorciarse o nunca casarse. Las personas con trastorno histriónico de la personalidad pueden tener dificultades para lograr la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Las personas con este trastorno a menudo tienen relaciones deterioradas con amigos del mismo sexo porque su estilo interpersonal sexualmente provocativo puede parecer una amenaza para las relaciones de sus amigos. Estos individuos también pueden alienar a los amigos con demandas de atención constante. A menudo se deprimen

759

molestan cuando no son el centro de atención. Pueden anhelar la novedad, la estimulación y la emoción y tienden a aburrirse de su rutina habitual. Estos individuos a menudo son intolerantes o se sienten frustrados por situaciones que implican una gratificación retrasada, y sus acciones suelen estar dirigidas a obtener una satisfacción inmediata. Aunque a menudo inician un trabajo o proyecto con gran entusiasmo, su interés puede decaer rápidamente. Más extenso-

las relaciones a largo plazo pueden ser descuidadas para dar paso a la emoción de las nuevas relaciones.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno histriónico de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 0,0 %. La prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 1,8 %. Una revisión de cinco estudios epidemiológicos (cuatro en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 0,9%.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Las normas para el comportamiento interpersonal, la apariencia personal y la expresividad emocional varían ampliamente entre culturas, géneros y grupos de edad. Antes de considerar los diversos rasgos (p. ej., emotividad, seducción, estilo interpersonal dramático, búsqueda de novedades, sociabilidad, encanto, impresionabilidad, tendencia a la somatización) como evidencia del trastorno histriónico de la personalidad, es importante evaluar si causan un deterioro clínicamente significativo o angustia. La presencia del trastorno histriónico de la personalidad debe distinguirse de la expresión reactiva y contextual de estos rasgos, que surgen en respuesta a las presiones de socialización en grupos de pares competitivos, incluida la "necesidad de agradar", que no representan rasgos generalizados y duraderos consistentes con una personalidad trastorno.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

En entornos clínicos, este trastorno se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres; sin embargo, la proporción de género no es significativamente diferente de la proporción de género de las mujeres dentro del entorno clínico respectivo. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas informan tasas de prevalencia similares entre hombres y mujeres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Se desconoce el riesgo real de suicidio, pero la experiencia clínica sugiere que las personas con este trastorno pueden tener un mayor riesgo de tener gestos suicidas.

y amenazas

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno histriónico de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos.

Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno histriónico de la personalidad, todos pueden ser diagnosticados. Aunque el trastorno límite de la personalidad también se puede caracterizar por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulador y las emociones que cambian rápidamente, se distingue por la autodestrucción, las interrupciones de enojo en las relaciones cercanas y los sentimientos crónicos de profundo vacío y alteración de la identidad. Los individuos con trastorno de personalidad antisocial y trastorno de personalidad histriónico comparten una tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de emociones, temerarios, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno de personalidad histriónico tienden a ser más exageradas en sus emociones y no se involucran característicamente en conductas antisociales. .

Los individuos con trastorno histriónico de la personalidad son manipuladores para ganar cariño, mientras que aquellos con trastorno antisocial de la personalidad son manipuladores.

760

lativo para obtener ganancias, poder o alguna otra gratificación material. Aunque las personas con trastorno de personalidad narcisista también buscan la atención de los demás, por lo general quieren elogios por su "superioridad", mientras que las personas con trastorno de personalidad histriónica están dispuestas a ser vistas como frágiles o dependientes si esto es fundamental para llamar la atención. Las personas con trastorno de personalidad narcisista pueden exagerar la intimidad de sus relaciones con otras personas, pero son más propensas a enfatizar el estatus "VIP" o la riqueza de sus amigos. En el trastorno de personalidad dependiente, el individuo depende excesivamente de los demás para recibir elogios y orientación, pero no presenta las características emocionales extravagantes y exageradas de los individuos con trastorno histriónico de la personalidad.

Muchas personas pueden mostrar rasgos de personalidad histriónicos. Solo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o una angustia subjetiva, constituyen un trastorno histriónico de la personalidad.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. Histriónico el trastorno de personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Comorbilidad El

trastorno histriónico de la personalidad se ha asociado con tasas más altas de trastornos de la personalidad límitrofe, narcisista, paranoide, dependiente y antisocial; uso y abuso de alcohol y otras sustancias; así como la agresión y la violencia.

También se cree que el trastorno histriónico de la personalidad está relacionado con el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) y el trastorno depresivo mayor.

Trastorno de personalidad narcisista

Criterios de diagnóstico

F60.81

Un patrón generalizado de grandiosidad (en la fantasía o el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Tiene una grandiosidad. sentido de importancia personal (p. ej., exagera los logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin logros proporcionales).

2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal.

3. Cree que él o ella es “especial” y único y solo puede ser entendido por, o debe asociarse con, otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Requiere admiración excesiva.
5. Tiene un sentido de derecho (es decir, expectativas poco razonables de un trato especialmente favorable o cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Es interpersonalmente explotador (es decir, se aprovecha de los demás para lograr sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. A menudo tiene envidia de los demás o cree que los demás le tienen envidia.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, altaneras.

761

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno narcisista de la personalidad es un patrón generalizado de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con este trastorno tienen un grandioso sentido de la propia importancia, que puede manifestarse como un sentido exagerado o poco realista de superioridad, valor o capacidad (Criterio 1). Tienden a sobreestimar sus habilidades y amplificar sus logros, a menudo pareciendo jactanciosos y pretenciosos. Pueden asumir alegremente que los demás atribuyen el mismo valor a sus esfuerzos y pueden sorprenderse cuando no reciben los elogios que esperan y sienten que merecen. A menudo, implícito en los juicios inflados de sus propios logros hay una subestimación o devaluación de las contribuciones de los demás. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad suelen estar preocupadas por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal (Criterio 2). Pueden reflexionar sobre la admiración y los privilegios "desde hace mucho tiempo" y compararse favorablemente con personas famosas o privilegiadas.

Las personas con trastorno narcisista de la personalidad se creen especiales o únicas y esperan que los demás las reconozcan como tales (Criterio 3). Pueden estar sorprendidos o incluso devastados cuando no reciben el reconocimiento de los elogios que esperan y sienten que merecen de los demás. Pueden sentir que solo pueden ser entendidos por personas de alto estatus y que solo deben asociarse con ellos y pueden atribuir cualidades "únicas", "perfectas" o "dotadas" a aquellos con quienes se asocian. Las personas con este trastorno creen que sus necesidades son especiales y están fuera del alcance de la gente. Su propia autoestima se ve reforzada (es decir, "reflejada") por el valor idealizado que asignan a aquellos con quienes se asocian. Es probable que insistan en tener solo a la persona "superior" (médico, abogado, peluquero, instructor) o en estar afiliados a las "mejores" instituciones, pero pueden devaluar las credenciales de quienes los decepcionan.

Las personas con este trastorno generalmente requieren una admiración excesiva (Criterio 4). Su autoestima es casi invariablemente muy frágil, y su lucha con la severa duda interna, la autocritica y el vacío da como resultado su necesidad de buscar activamente la admiración de los demás. Pueden estar preocupados por lo bien que lo están haciendo y cuán favorablemente los ven los demás. Pueden esperar que su llegada sea recibida con gran fanfarria y se sorprenden si los demás no codician sus posesiones. Es posible que busquen constantemente cumplidos, a menudo con gran encanto.

Un sentido de derecho, que está enraizado en su sentido distorsionado de autoestima, es evidente en la expectativa irrazonable de estos individuos de un trato especialmente favorable (Criterio 5). Esperan ser atendidos y se sienten perplejos o furiosos cuando esto no sucede. Por ejemplo, pueden suponer que no tienen que esperar en la fila y que sus prioridades son tan importantes que otros deberían ceder ante ellos, y luego se irritan cuando los demás no los ayudan "en su trabajo muy importante". Esperan que se les dé lo que quieran o sientan que necesitan, sin importar lo que pueda significar para los demás. Por ejemplo, estas personas pueden esperar una gran dedicación de los demás y pueden sobrecargarlos sin tener en cuenta el impacto en sus vidas.

Este sentido de derecho, combinado con la falta de comprensión y sensibilidad hacia los deseos y necesidades de los demás, puede resultar en la explotación consciente o involuntaria de los demás (Criterio 6). Tienden a entablar amistades o relaciones románticas solo si la otra persona parece probable que avance en sus propósitos o mejore su autoestima. A menudo usurpan

privilegios especiales y recursos adicionales que creen merecer. Algunas personas con trastorno narcisista de la personalidad se aprovechan intencional y deliberadamente de los demás emocional, social, intelectual o financieramente para sus propios fines y ganancias.

Las personas con trastorno narcisista de la personalidad generalmente tienen falta de empatía y no están dispuestas a reconocer o identificarse con los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás (Criterio 7). Tienden a tener cierto grado de empatía cognitiva.

762

(comprender la perspectiva de otra persona a nivel intelectual) pero carecen de empatía emocional (sentir directamente las emociones que siente otra persona). Estas personas pueden no darse cuenta del daño que sus comentarios pueden infligir (p. ej., decirle con entusiasmo a un ex amante que “¡Ahora estoy en la relación de mi vida!”; jactarse de su salud frente a alguien que está enfermo). Cuando se reconocen, es probable que las necesidades, los deseos o los sentimientos de los demás se consideren despectivamente como signos de debilidad o vulnerabilidad. Quienes se relacionan con individuos con trastorno narcisista de la personalidad suelen encontrar una frialdad emocional y una falta de interés recíproco.

Estos individuos a menudo tienen envidia de los demás o creen que los demás tienen envidia de ellos (Criterio 8). Pueden envidiar a otros por sus éxitos o posesiones, sintiendo que merecen más esos logros, admiración o privilegios. Pueden devaluar severamente las contribuciones de los demás, particularmente cuando esos individuos han recibido reconocimiento o elogios por sus logros. Comportamientos arrogantes y altivos caracterizan a estos individuos; a menudo muestran actitudes esnobs, desdeñosas o condescendientes (Criterio 9).

Funciones asociadas

La vulnerabilidad en la autoestima hace que las personas con trastorno de personalidad narcisista sean muy sensibles a la crítica o la derrota. Aunque es posible que no lo demuestren externamente, tales experiencias pueden dejarlos sintiéndose avergonzados, humillados, degradados, huecos y vacíos. Pueden reaccionar con desdén, rabia o un contraataque desafiante. Sin embargo, tales experiencias también pueden conducir

retramiento o una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad. Las relaciones interpersonales normalmente se deterioran debido a problemas relacionados con la preocupación por uno mismo, el derecho, la necesidad de admiración y la relativa indiferencia por las sensibilidades de los demás.

Las personas con trastorno de personalidad narcisista pueden ser competentes y de alto funcionamiento con éxito profesional y social, mientras que otras pueden tener varios niveles de deterioro funcional. La capacidad profesional combinada con el autocontrol, el estoicismo y el distanciamiento interpersonal con un mínimo de autorrevelación pueden respaldar un compromiso de vida sostenido e incluso permitir el matrimonio y las afiliaciones sociales. A veces, la ambición y la confianza temporal conducen a grandes logros, pero el desempeño puede verse interrumpido debido a la fluctuación de la confianza en sí mismo y la intolerancia a la crítica o la derrota. Algunas personas con trastorno de personalidad narcisista tienen un funcionamiento vocacional muy bajo, lo que refleja una falta de voluntad para correr riesgos en situaciones competitivas o de otro tipo en las que el fracaso o la derrota pueden ser posibles.

La baja autoestima con inferioridad, vulnerabilidad y sentimientos sostenidos de vergüenza, envidia y humillación acompañados de autocrítica e inseguridad pueden hacer que las personas con trastorno de personalidad narcisista sean susceptibles al aislamiento social, el vacío y el estado de ánimo depresivo. Los altos estándares perfeccionistas a menudo se asocian con un miedo significativo a la exposición a la imperfección, el fracaso y las emociones abrumadoras.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad narcisista basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 0,0 %. La prevalencia del trastorno de personalidad narcisista en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 6,2 %. Una revisión de cinco estudios epidemiológicos (cuatro en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 1,6%.

Desarrollo y curso **Los rasgos**

narcisistas pueden ser particularmente comunes en los adolescentes, pero no necesariamente indican que el individuo desarrollará un trastorno de personalidad narcisista en la edad adulta. Rasgos narcisistas predominantes o manifestaciones de

el trastorno completo puede primero llamar la atención clínica o exacerbarse en el contexto de una vida inesperada o extremadamente desafiante

763

experiencias o crisis, como quiebras, descensos de categoría o pérdida de trabajo, o divorcios. Además, las personas con trastorno de personalidad narcisista pueden tener dificultades específicas para adaptarse a la aparición de limitaciones físicas y ocupacionales inherentes al proceso de envejecimiento. Sin embargo, las experiencias de la vida, como nuevas relaciones duraderas, logros reales exitosos y decepciones y contratiempos tolerables, pueden ser correctivas y contribuir a cambios y mejoras en las personas con este trastorno.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Los rasgos narcisistas pueden ser elevados en contextos socioculturales que enfatizan el individualismo y la autonomía personal sobre los objetivos colectivistas. En comparación con contextos colectivistas, en contextos individualistas, los rasgos narcisistas pueden merecer menos atención clínica o conducir con menor frecuencia a un deterioro social.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Entre los adultos mayores de 18 años diagnosticados con trastorno narcisista de la personalidad, entre el 50 % y el 75 % son hombres. Las diferencias de género en los adultos con este trastorno incluyen una reactividad más fuerte en respuesta al estrés y un procesamiento empático comprometido en los hombres en comparación con el enfoque en uno mismo y el retramiento en las mujeres. Los patrones y expectativas de género basados en la cultura también pueden contribuir a las diferencias de género en los rasgos y patrones del trastorno de personalidad narcisista.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas En el contexto de estrés

severo, y dado el perfeccionismo que a menudo se asocia con el trastorno narcisista de la personalidad, la exposición a la imperfección, el fracaso y las emociones abrumadoras puede evocar ideas suicidas. Los intentos de suicidio en personas con trastorno narcisista de la personalidad tienden a ser menos impulsivos y se caracterizan por una mayor letalidad en comparación con los intentos de suicidio de personas con otros trastornos de la personalidad.

Diagnóstico diferencial Otros

trastornos de personalidad y rasgos de personalidad

Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno narcisista de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos.

Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen con los criterios para uno o más trastornos de personalidad además del trastorno de personalidad narcisista, todos pueden ser diagnosticados. La característica más útil para distinguir el trastorno de personalidad narcisista de los trastornos de personalidad histriónico, antisocial y límite, en los que los estilos interactivos son coqueto, insensible y necesitado, respectivamente, es la grandiosidad característica del trastorno de personalidad narcisista. La relativa estabilidad de la autoimagen y el autocontrol, así como la relativa falta de autodestrucción, impulsividad, inseguridad de separación e hiperreactividad emocional también ayudan a distinguir el trastorno narcisista de la personalidad del trastorno límite de la personalidad.

El orgullo excesivo por los logros, una relativa falta de demostración emocional y la ignorancia o el desdén por las sensibilidades de los demás ayudan a distinguir el trastorno narcisista de la personalidad del trastorno histriónico de la personalidad. Aunque las personas con trastornos de personalidad límite, histriónico y narcisista pueden requerir mucha atención, aquellos con trastorno de personalidad narcisista necesitan específicamente esa atención para ser admirados. Las personas con trastornos de personalidad antisocial y narcisista comparten una tendencia a ser de mente dura, simplista, superficial, explotadora y poco empática. Sin embargo, el trastorno de personalidad narcisista no necesariamente incluye características de agresividad impulsiva y engaño. Además, las personas con trastorno de personalidad antisocial pueden ser más indiferentes y menos sensibles a las reacciones o críticas de los demás, y las personas con trastorno de personalidad narcisista generalmente carecen de antecedentes de trastorno de conducta en la infancia o de conducta delictiva en la edad adulta.

Tanto en el trastorno narcisista de la personalidad como en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el individuo puede profesar un compromiso con el perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer las cosas tan bien. Sin embargo,

mientras que aquellos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad tienden a estar más inmersos en el perfeccionismo relacionado con el orden y la rigidez, los individuos con trastorno narcisista de la personalidad tienden a establecer altos estándares perfeccionistas, especialmente en apariencia y desempeño, y a preocuparse críticamente si no están a la altura. .

La suspicacia y el retramiento social suelen distinguir a las personas con trastorno de personalidad esquizotípico, evitativo o paranoico de las personas con trastorno de personalidad narcisista. Cuando estas cualidades están presentes en individuos con trastorno narcisista de la personalidad, se derivan principalmente de la vergüenza y el miedo al fracaso, o el miedo a que se revelen las imperfecciones o los defectos.

Muchas personas de gran éxito muestran rasgos de personalidad que podrían considerarse narcisistas. Solo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o una angustia subjetiva, constituyen un trastorno narcisista de la personalidad.

Manía o hipomanía. La grandiosidad puede surgir como parte de episodios maníacos o hipomaníacos, pero la asociación con cambios de humor o alteraciones funcionales ayuda a distinguir estos episodios del trastorno narcisista de la personalidad.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno de personalidad narcisista también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Trastorno depresivo persistente. Las experiencias que amenazan la autoestima pueden evocar un profundo sentimiento de inferioridad y sentimientos sostenidos de vergüenza, envidia, autocritica e inseguridad en personas con trastorno narcisista de la personalidad que pueden provocar sentimientos negativos persistentes similares a los que se observan en el trastorno depresivo persistente. Si también se cumplen los criterios para el trastorno depresivo persistente, se pueden diagnosticar ambas condiciones.

Comorbilidad El

trastorno de personalidad narcisista se asocia con trastornos depresivos (trastorno depresivo persistente y trastorno depresivo mayor), anorexia nerviosa y trastornos por uso de sustancias (especialmente relacionados con la cocaína).

Los trastornos de personalidad histriónicos, limítrofes, antisociales y paranoides también pueden estar asociados con el trastorno de personalidad narcisista.

Trastornos de la personalidad del grupo C

Desorden de personalidad evasiva

Criterios de diagnóstico

F60.6

Un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes: 1. Evita actividades ocupacionales que involucran relaciones interpersonales significativas. contacto por temor a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

2. No está dispuesto a involucrarse con la gente a menos que esté seguro de estar gustó.

765

3. Muestra moderación en las relaciones íntimas debido a la miedo a ser avergonzado o ridiculizado.

4. Le preocupa ser criticado o rechazado en la sociedad situaciones

5. Se inhibe en situaciones interpersonales nuevas debido a sentimientos de insuficiencia.

6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior a los demás.

7. Es inusualmente reacio a correr riesgos personales oa involucrarse en cualquier actividad nueva porque puede resultar vergonzoso.

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno de la personalidad por evitación es un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a las emociones negativas.

evaluación que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno de la personalidad por evitación evitan las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo (Criterio 1). Es posible que se rechacen las ofertas de ascensos laborales debido a que la falta de gestión de las nuevas responsabilidades puede dar lugar a críticas por parte de los compañeros de trabajo. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a menos que estén seguros de que serán queridos y aceptados sin críticas (Criterio 2). Hasta que pasen pruebas estrictas que demuestren lo contrario, se supone que otras personas son críticas y desaprobatorias. Las personas con este trastorno evitan mucho las actividades grupales. La intimidad interpersonal suele ser difícil para estos individuos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando existe la seguridad de una aceptación acrítica.

Pueden actuar con moderación, mostrarse reacios a hablar de sí mismos y ocultar sus sentimientos íntimos por temor a ser expuestos, ridiculizados o avergonzados (Criterio 3).

Debido a que los individuos con este trastorno están preocupados por ser criticados o rechazados en situaciones sociales, pueden tener un umbral marcadamente bajo para detectar tales reacciones (Criterio 4). Si alguien desaprueba o critica aunque sea un poco, puede sentirse extremadamente herido. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e "invisibles" por temor a que cualquier atención sea crítica o de rechazo.

Esperan que no importa lo que digan, los demás lo verán como "incorrecto", por lo que es posible que no digan nada.

Reaccionan fuertemente a señales sutiles que sugieren burla o burla, y pueden malinterpretar un gesto neutral o una declaración como crítica o de rechazo. A pesar de su anhelo de ser participantes activos en la vida social, temen poner su bienestar psicológico en manos de otros. Los individuos con trastorno de personalidad por evitación se inhiben en nuevas situaciones interpersonales porque se sienten inadecuados y tienen baja autoestima (Criterio 5). Estos individuos se creen socialmente ineptos, personalmente poco atractivos o inferiores a los demás (Criterio 6). Las dudas sobre la competencia social y el atractivo personal pueden ser más intensas para algunas personas en entornos que involucran interacciones con extraños. Pero muchos otros informan más dificultades con la interacción repetida, cuando normalmente se compartiría información personal, por lo tanto, en la percepción del individuo, aumentan las posibilidades de que se revele su inferioridad y que

sería rechazado. Al comenzar un nuevo compromiso social u ocupacional continuo que requiere una interacción interpersonal repetida, las personas pueden desarrollar durante semanas o meses una convicción creciente de que otros o colegas los ven como inferiores o sin valor, lo que resulta en una angustia o ansiedad intolerable que provoca la resignación. Por lo tanto, puede haber un historial de cambios de trabajo repetidos. Los individuos con este trastorno son inusualmente reacios a correr riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades porque pueden resultar vergonzosas (Criterio 7). Son propensos a exagerar los peligros potenciales de las situaciones ordinarias, y un estilo de vida restringido puede resultar de su necesidad de certeza y seguridad.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de la personalidad por evitación a menudo evalúan atentamente los movimientos y las expresiones de las personas con las que entran en contacto. Es probable que

766

malinterpretan las respuestas sociales como críticas, lo que a su vez confirma sus propias dudas. Otros los describen como "tímidos", "tímidos", "solitarios" y "aislados". Los principales problemas asociados con este trastorno ocurren en el funcionamiento social y laboral. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo se asocian a contactos interpersonales restringidos. Estas personas pueden quedar relativamente aisladas y, por lo general, no cuentan con una gran red de apoyo social que pueda ayudarlos a sobrellevar las crisis. Desean afecto y aceptación y pueden fantasear con relaciones idealizadas con los demás. Los comportamientos de evitación también pueden afectar negativamente el funcionamiento ocupacional porque estos individuos intentan evitar los tipos de situaciones sociales que pueden ser importantes para cumplir con las demandas básicas del trabajo o para avanzar.

Se ha informado que las personas con trastorno de la personalidad por evitación tienen estilos de apego inseguros caracterizados por un deseo de apego emocional (que puede incluir una preocupación por las relaciones anteriores y actuales), pero sus temores de que los demás no los valoren o puedan lastimarlos pueden llevarlos a responder con pasividad, ira o miedo. Estas

Los patrones de apego se han denominado de diversas formas como "preocupados" o "temerosos", según el modelo empleado por los investigadores.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad por evitación basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 5,2 %. La prevalencia del trastorno de personalidad por evitación en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 2,4%. Una revisión de seis estudios epidemiológicos (cuatro en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 2,1%.

Desarrollo y curso

El comportamiento de evitación a menudo comienza en la infancia o la niñez con timidez, aislamiento y miedo a los extraños ya las situaciones nuevas. Aunque la timidez en la infancia es un precursor común del trastorno de personalidad por evitación, en la mayoría de las personas tiende a disiparse gradualmente a medida que envejecen. Por el contrario, las personas que desarrollan un trastorno de la personalidad por evitación pueden volverse cada vez más tímidas y evitativas durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, cuando las relaciones sociales con personas nuevas se vuelven especialmente importantes. Existe alguna evidencia de que en adultos, el trastorno de personalidad por evitación tiende a volverse menos evidente oa remitir con la edad; la prevalencia en adultos mayores de 65 años se ha estimado en 0,8%. Este diagnóstico debe usarse con mucha precaución en niños y adolescentes, para quienes el comportamiento tímido y evitativo puede ser apropiado desde el punto de vista del desarrollo.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Puede haber variaciones en el grado en que los diferentes grupos culturales y étnicos consideran que la desconfianza y la evitación son apropiadas. Además, el comportamiento de evitación puede ser el resultado de problemas de aculturación después de la migración. En algunos contextos socioculturales, puede ocurrir una evitación marcada después de la vergüenza social ("pérdida de la cara") o el fracaso en el cumplimiento de los objetivos principales de la vida en lugar de la timidez temperamental. En estos entornos, el objetivo de la evasión incluye la minimización deliberada de las interacciones sociales para preservar la armonía social o prevenir ofensas públicas.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno de personalidad por evitación parece ser más común en mujeres que en hombres en encuestas comunitarias. Esta diferencia de género en la prevalencia es pequeña pero se encuentra consistentemente en grandes muestras basadas en la población.

767

Diagnóstico diferencial Trastorno

de ansiedad social.

Parece haber una gran superposición entre el trastorno de personalidad por evitación y el trastorno de ansiedad social. Se ha sugerido que pueden representar diferentes manifestaciones de problemas subyacentes similares, o que el trastorno de personalidad por evitación puede ser una forma más grave de trastorno de ansiedad social. Sin embargo, también se han descrito diferencias, especialmente en relación con el autoconcepto (como la autoestima y el sentimiento de inferioridad en el trastorno de personalidad por evitación); la última es una evidencia indirecta, ya que muestra que el autoconcepto negativo en el trastorno de ansiedad social puede ser inestable y, por lo tanto, menos generalizado y arraigado que en el trastorno de personalidad por evitación. Además, los estudios han demostrado que el trastorno de la personalidad por evitación ocurre con frecuencia en ausencia del trastorno de ansiedad social, y se han identificado algunos factores de riesgo separados, lo que respalda la conservación de dos categorías diagnósticas separadas.

Agorafobia.

La evitación caracteriza tanto al trastorno de la personalidad por evitación como a la agorafobia, y a menudo coexisten. Se pueden distinguir por la motivación para la evitación (p. ej., miedo al pánico o al daño físico en la agorafobia).

Otros trastornos de personalidad y rasgos de personalidad.

Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de la personalidad por evitación porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos.

Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de personalidad además del trastorno de personalidad por evitación, todos pueden ser diagnosticados. Tanto el trastorno de la personalidad por evitación como el trastorno de la personalidad por dependencia se caracterizan por sentimientos de insuficiencia, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de tranquilidad. Comportamientos similares

(p. ej., falta de asertividad) y atributos (p. ej., baja autoestima y poca confianza en uno mismo) pueden observarse tanto en el trastorno de personalidad dependiente como en el trastorno de personalidad por evitación, aunque otros comportamientos son notablemente divergentes, como la evitación de la proximidad social en el trastorno de personalidad por evitación pero búsqueda de proximidad en el trastorno de personalidad dependiente. Las motivaciones detrás de comportamientos similares pueden ser bastante diferentes. Por ejemplo, la falta de asertividad en el trastorno de la personalidad por evitación se describe más relacionada con el miedo a ser rechazado o humillado, mientras que en el trastorno de la personalidad por dependencia está motivada por el deseo de evitar ser dejado a su suerte. Sin embargo, el trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno de la personalidad por dependencia pueden ser particularmente probables de coexistir. Al igual que el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad se caracterizan por el aislamiento social. Sin embargo, las personas con trastorno de la personalidad por evitación quieren tener relaciones con los demás y sienten profundamente su soledad, mientras que las personas con trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad pueden estar contentos e incluso preferir su aislamiento social. El trastorno de personalidad paranoide y el trastorno de personalidad por evitación se caracterizan por una renuencia. Sin embargo, en el trastorno de la personalidad por evitación, esta renuencia se atribuye más al miedo a la humillación o ser considerado inadecuado que al miedo a las malas intenciones de los demás.

Muchos individuos muestran rasgos de personalidad evitativos. Solo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o una angustia subjetiva, constituyen un trastorno de personalidad por evitación.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. evitativo el trastorno de personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno de personalidad por evitación también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Comorbilidad

Otros trastornos que se diagnostican comúnmente con el trastorno de personalidad por evitación incluyen los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social. El trastorno de personalidad por evitación también tiende a ser diagnosticado con trastorno de personalidad esquizoide. El trastorno de la personalidad por evitación se asocia con mayores tasas de trastornos por uso de sustancias a una tasa similar a la forma generalizada de trastorno de ansiedad social.

Trastorno de personalidad dependiente

Criterios de diagnóstico

F60.7

- Una necesidad generalizada y excesiva de que lo cuiden que conduce a un comportamiento de sumisión y aferramiento y a temores de separación, que comienza en la adultez temprana y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:
1. Tiene dificultad tomar decisiones cotidianas sin una cantidad excesiva de consejos y garantías de los demás.
 2. Necesita que otros asuman la responsabilidad de la mayoría de las áreas principales de su vida.
 3. Tiene dificultad para expresar su desacuerdo con los demás por miedo a perder el apoyo o la aprobación. (**Nota:** no incluya temores realistas de represalia).
 4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por su cuenta (debido a la falta de confianza en sí mismo en el juicio o habilidades en lugar de falta de motivación o energía).
 5. Hace todo lo posible para obtener cariño y apoyo de los demás, hasta el punto de ofrecerse como voluntario para hacer cosas desagradables.
 6. Se siente incómodo o impotente cuando está solo debido a temores exagerados de no poder cuidar de sí mismo.

7. Busca urgentemente otra relación como fuente de cuidado y apoyo cuando termina una relación cercana.
8. Está preocupado de manera poco realista por temores de que lo dejen solo para cuidar de sí mismo.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de personalidad dependiente es una necesidad generalizada y excesiva de ser atendido que conduce a un comportamiento sumiso y apegado ya temores de separación. Este patrón comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos están diseñados para provocar el cuidado y surgen de una autopercepción de no poder funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Las personas con trastorno de personalidad dependiente tienen gran dificultad para tomar decisiones cotidianas (p. ej., qué color de camisa ponerse para ir al trabajo o si llevar paraguas) sin una cantidad excesiva de consejos y tranquilidad por parte de los demás (Criterio 1). Estos individuos tienden a ser pasivos y permiten que otras personas (a menudo una sola persona) tomen la iniciativa y asuman la responsabilidad de la mayoría de las áreas importantes de sus vidas (Criterio 2).

Los adultos con este trastorno generalmente dependen de un parent o cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo deben tener y con qué vecinos entablar amistad. Los adolescentes con este trastorno pueden permitir que sus padres decidan qué deben usar, con quién deben asociarse, cómo deben pasar su tiempo libre y a qué escuela o universidad deben asistir. Esta necesidad de que otros asuman la responsabilidad va más allá de las solicitudes de asistencia de otros apropiadas para la edad y la situación (por ejemplo, las necesidades específicas de los niños, las personas mayores y las personas discapacitadas). El trastorno de personalidad dependiente puede ocurrir en una persona que tiene una condición médica grave o una discapacidad, pero en tales casos la dificultad para asumir la responsabilidad debe ir más allá de lo que normalmente se asociaría con esa condición o discapacidad.

Debido a que temen perder el apoyo o la aprobación, las personas con trastorno de personalidad dependiente a menudo tienen dificultad para expresarse.

desacuerdo con otros individuos, especialmente con aquellos de quienes depende (Criterio 3). Estos individuos se sienten tan incapaces de funcionar solos que estarán de acuerdo con las cosas que sienten que están mal en lugar de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos a quienes buscan orientación. No expresan ira hacia otros cuyo apoyo y cuidado necesitan por temor a alienarlos. Si las preocupaciones del individuo con respecto a las consecuencias de expresar su desacuerdo son realistas (p. ej., temores realistas de represalias por parte de un cónyuge abusivo), el comportamiento no debe considerarse evidencia de un trastorno de personalidad dependiente.

Las personas con este trastorno tienen dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas de forma independiente (Criterio 4). Carecen de confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para comenzar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que otros empiecen las cosas porque creen que, por regla general, otros pueden hacerlo mejor. Estos individuos están convencidos de que son incapaces de funcionar de forma independiente y se presentan como ineptos y que requieren asistencia constante. Sin embargo, es probable que funcionen adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más los está supervisando y aprobando. Puede haber miedo de volverse o parecer más competentes, porque pueden creer que esto conducirá a la pérdida de apoyo. Debido a que confían en otros para manejar sus problemas, a menudo no aprenden las habilidades de una vida independiente, lo que perpetúa la dependencia.

Las personas con trastorno de la personalidad dependiente pueden llegar a extremos para obtener cariño y apoyo de los demás, incluso hasta el punto de ofrecerse como voluntarios para tareas desagradables si tal comportamiento les brindará la atención que necesitan (Criterio 5). Están dispuestos a someterse a lo que otros quieren, incluso si las demandas no son razonables. Su necesidad de mantener un vínculo importante a menudo resultará en relaciones desequilibradas o distorsionadas. Pueden hacer extraordinarios autosacrificios o tolerar el abuso verbal, físico o sexual. (Cabe señalar que este comportamiento debe considerarse evidencia de trastorno de personalidad dependiente solo cuando se puede establecer claramente que hay otras opciones disponibles para el individuo). Las personas con este trastorno se sienten incómodas o impotentes cuando están solas debido a sus temores exagerados de estar incapaz de cuidar de sí mismo (Criterio 6).

Cuando termina una relación cercana (p. ej., una ruptura con un amante, la muerte de un cuidador), las personas con trastorno de personalidad dependiente pueden buscar urgentemente otra relación que les brinde la atención y el apoyo que necesitan.

(Criterio 7). Su creencia de que son incapaces de funcionar en ausencia de una relación cercana motiva a estos individuos a apegarse rápida e indiscriminadamente a otro individuo. Los individuos con este trastorno a menudo están preocupados por el temor de que se les deje solos (Criterio 8). Se ven a sí mismos tan totalmente dependientes de los consejos y la ayuda de otra persona importante que les preocupa perder el apoyo de esa persona cuando no hay motivos para justificar tales temores. Para ser considerados como evidencia de este criterio, los temores deben ser excesivos y poco realistas. Por ejemplo, un anciano con cáncer que se muda a la casa de su hijo para que lo cuide está exhibiendo un comportamiento dependiente que es apropiado dadas las circunstancias de la vida de esta persona.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de personalidad dependiente a menudo se caracterizan por el pesimismo y la duda y tienden a menospreciar sus habilidades y activos. Toman la crítica y la desaprobación como prueba de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos. Pueden buscar la sobreprotección y el dominio de los demás.

El funcionamiento ocupacional puede verse afectado si se requiere iniciativa independiente. Pueden evitar puestos de responsabilidad y ponerse ansiosos cuando se enfrentan a decisiones.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad dependiente basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 0,6 %. Él

770

la prevalencia del trastorno de personalidad por dependencia en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 0,5%. Una revisión de seis estudios epidemiológicos (cuatro en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 0,4%.

Desarrollo y Curso

Este diagnóstico debe usarse con mucha precaución, si es que se usa, en niños y adolescentes, para quienes el comportamiento dependiente puede ser apropiado desde el punto de vista del desarrollo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura El grado en que los comportamientos dependientes se consideran apropiados varía sustancialmente entre los diferentes grupos socioculturales y de edad. La edad y los factores culturales deben tenerse en cuenta al evaluar el umbral de diagnóstico de cada criterio. El comportamiento dependiente debe considerarse característico del trastorno solo cuando excede claramente las normas culturales del individuo o refleja preocupaciones poco realistas. El énfasis en la pasividad, la cortesía y el trato deferente es característico de algunas sociedades y puede malinterpretarse como rasgos del trastorno de personalidad dependiente. De manera similar, las sociedades pueden fomentar y desalentar de manera diferente el comportamiento dependiente en hombres y mujeres. Las personas con trastorno de personalidad dependiente exhiben una incapacidad generalizada para tomar decisiones, sentimientos continuos de subyugación, falta de iniciativa, silencio y distanciamiento social que superan con creces las normas culturales habituales de cortesía y pasividad decidida.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

En entornos clínicos y comunitarios, el trastorno de personalidad dependiente se ha diagnosticado con más frecuencia en mujeres que en hombres.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad por separación en adultos.

Los adultos con trastorno de ansiedad por separación suelen estar demasiado preocupados por sus hijos, cónyuges, padres y mascotas, y experimentan una gran incomodidad cuando se separan de ellos. Por el contrario, las personas con trastorno de personalidad dependiente se sienten incómodas o indefensas cuando están solas debido a temores exagerados de no poder cuidar de sí mismas.

Otros trastornos mentales y condiciones médicas.

El trastorno de personalidad dependiente debe distinguirse de la dependencia que surge como consecuencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de pánico, agorafobia) y como resultado de otras afecciones médicas.

Otros trastornos de personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de la personalidad dependiente porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen con los criterios para uno o más trastornos de personalidad además del trastorno de personalidad dependiente, todos pueden ser diagnosticados. Aunque muchos trastornos de la personalidad se caracterizan por características dependientes, el trastorno de la personalidad dependiente puede distinguirse por su comportamiento predominantemente sumiso y apegado y por la autopercepción de la persona de no poder funcionar adecuadamente sin la ayuda y el apoyo de los demás. Tanto el trastorno de personalidad dependiente como el trastorno límite de personalidad se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que el individuo con trastorno de personalidad dependiente reacciona con apaciguamiento y sumisión crecientes y busca urgentemente una relación de reemplazo que le brinde cuidado y apoyo. El trastorno límite de la personalidad se puede distinguir además del dependiente.

771

trastorno de la personalidad por un patrón típico de relaciones inestables e intensas. Las personas con trastorno histriónico de la personalidad, al igual que las personas con trastorno de personalidad dependiente, tienen una fuerte necesidad de que se les tranquilice y apruebe y pueden parecer infantiles y apegados. Sin embargo, a diferencia del trastorno de personalidad dependiente, que se caracteriza por un comportamiento modesto y dócil, el trastorno de personalidad histriónico se caracteriza por una extravagancia gregaria con demandas activas de atención. Además, las personas con trastorno histriónico de la personalidad suelen tener menos conocimientos sobre sus necesidades de dependencia subyacentes que las personas con trastorno de personalidad dependiente. Tanto el trastorno de personalidad dependiente como el trastorno de personalidad por evitación se caracterizan por sentimientos de insuficiencia, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de tranquilidad; sin embargo, las personas con trastorno de personalidad por evitación tienen un miedo tan fuerte a la humillación y al rechazo que se retraen hasta que están seguros de que serán aceptados. Por el contrario, las personas con trastorno de personalidad dependiente ti-

y mantener conexiones con otras personas importantes, en lugar de evitar y retirarse de las relaciones.

Muchos individuos muestran rasgos de personalidad dependientes. Solo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o una angustia subjetiva, constituyen un trastorno de personalidad dependiente.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno de personalidad dependiente debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno de personalidad dependiente también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Comorbilidad

Puede haber un mayor riesgo de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación. El trastorno de personalidad dependiente a menudo coexiste con otros trastornos de la personalidad, especialmente los trastornos de la personalidad límite, por evitación e histriónico. La enfermedad física crónica o el trastorno de ansiedad por separación persistente en la infancia o la adolescencia pueden predisponer al individuo a desarrollar este trastorno.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Criterios de diagnóstico

F60.5

Un patrón generalizado de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes : 1. Está preocupado por los detalles, las reglas, las listas, el orden, la organización o los horarios hasta el punto de que el punto principal de la actividad es

perdió.

2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la finalización de tareas (p. ej., no puede completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Se dedica excesivamente al trabajo y la productividad con exclusión de actividades de ocio y amistades (no justificadas por una necesidad económica evidente).
4. Es demasiado concienzudo, escrupuloso e inflexible en asuntos de moralidad, ética o valores (no explicados por identificación cultural o religiosa).

772

5. No puede desechar objetos gastados o sin valor incluso cuando no tienen valor sentimental.
6. Es reacio a delegar tareas o trabajar con otros a menos que se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo de gasto mezquino tanto para sí mismo como para los demás; el dinero es visto como algo que se debe atesorar para futuras catástrofes.
8. Muestra rigidez y terquedad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia. Este patrón comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad intentan mantener una sensación de control a través de una cuidadosa atención a las reglas, detalles triviales, procedimientos, listas, horarios o formas hasta el punto de perder el punto principal de la actividad (Criterio 1). Son excesivamente cuidadosos y propensos a la repetición, prestando una atención extraordinaria a los detalles y comprobando repetidamente posibles errores, perdiendo la noción del tiempo en el proceso. Por ejemplo, cuando esas personas extravían una lista de cosas por hacer, pasan una cantidad excesiva de tiempo buscando la lista en lugar de

pasar unos momentos haciendo todo lo posible para recrearlo de memoria y proceder a realizar las tareas. Desestiman el hecho de que otras personas tienden a molestar mucho por las demoras y los inconvenientes que resultan de este comportamiento porque responden preferentemente a su ansiedad por cometer un error o a su insistencia en cómo se deben hacer las cosas. El tiempo está mal asignado y las tareas más importantes se dejan para el último momento. El perfeccionismo y los altos estándares de desempeño autoimpuestos causan disfunción y angustia significativas en estos individuos.

Pueden involucrarse tanto en hacer que cada detalle de un proyecto sea absolutamente perfecto que el proyecto nunca se termine (Criterio 2). Por ejemplo, la finalización de un informe escrito se retrasa debido a numerosas reescrituras que consumen mucho tiempo y que no llegan a la "perfección". Los plazos se incumplen rutinariamente o el individuo tiene un patrón de esfuerzo extraordinario (p. ej., trabajar toda la noche, saltarse las comidas) para cumplir el plazo en el último momento, y aspectos de la vida del individuo que no son el foco de actividad actual puede caer en desorden.

Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad muestran una devoción excesiva por el trabajo y la productividad hasta la exclusión o desvalorización de las actividades de ocio y las amistades (Criterio 3). Este comportamiento no se explica por la necesidad económica. A menudo sienten que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana libre para salir de excursión o simplemente relajarse. Pueden seguir posponiendo una actividad placentera, como unas vacaciones, para que nunca ocurra. Cuando a regañadientes dedican tiempo a actividades de ocio o vacaciones, se sienten muy incómodos a menos que hayan llevado algo en lo que trabajar para no "perder el tiempo". Puede haber una gran concentración en las tareas del hogar (p. ej., limpieza excesiva repetida para que "uno pueda comer del piso"). Si pasan tiempo con amigos, es probable que sea en algún tipo de actividad organizada formalmente (p. ej., deportes). Los pasatiempos o actividades recreativas se abordan como tareas serias o con una intensidad metódica, que requieren una organización cuidadosa y trabajo duro para dominarlas. El énfasis está en el desempeño perfecto. Estos individuos convierten el juego en una tarea similar a un trabajo estructurado (p. ej., corregir a un bebé por no colocar los anillos en el poste en el orden correcto; decirle a un niño pequeño que monte su triciclo en línea recta; convertir un partido de béisbol en una dura "lección").

Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden ser excesivamente concienzudas, escrupulosas e inflexibles en asuntos de

moralidad, ética o valores (Criterio 4). Pueden迫使自己 to sí mismos ya otros a seguir principios morales rígidos y estándares de desempeño muy estrictos. También pueden ser despiadadamente autocríticos sobre sus propios

773

errores o juzgar con dureza los errores morales o éticos de los demás.

Los individuos con este trastorno son rígidamente deferentes a la autoridad y las reglas e insisten en un cumplimiento bastante literal, sin doblar las reglas por circunstancias atenuantes. Por ejemplo, el individuo no le prestará un dólar a un amigo que no alcanza para el pasaje que necesita para subirse a un autobús porque “no es ni prestatario ni prestamista” o porque sería “malo” para el carácter del amigo.

Estas cualidades no deben ser explicadas por la identificación cultural o religiosa del individuo.

Las personas con este trastorno pueden ser incapaces de desechar objetos gastados o sin valor, incluso cuando no tienen valor sentimental (Criterio 5).

A menudo, estos individuos admitirán ser “ratas de manada”. Consideran que desechar objetos es un desperdicio porque “nunca se sabe cuándo se puede necesitar algo”. El desorden también puede ser el resultado de una acumulación de material de aprendizaje parcialmente leído o proyectos inconclusos que el individuo tiene la intención de realizar algún día, pero que se han dejado de lado debido a la procrastinación y/o un estilo de trabajo meticoloso pero lento. Estas personas se molestarán si alguien intenta deshacerse de las cosas que han guardado.

Sus cónyuges o compañeros de cuarto pueden quejarse de la cantidad de espacio que ocupan las piezas viejas, las pilas de material de lectura, los electrodomésticos rotos, etc.

Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad son reacios a delegar tareas oa trabajar con otros (Criterio 6). Insisten obstinadamente y sin razón en que todo se haga a su manera y que las personas se ajusten a su manera de hacer las cosas. Suelen dar instrucciones muy detalladas sobre cómo se deben hacer las cosas (p. ej., hay una y sólo una forma de cortar el césped, lavar los platos, cargar el lavavajillas, construir una caseta para perros), incluso hasta el punto de microgestionar a los demás, y son sorprendido e irritado si otros sugieren alternativas creativas. En otras ocasiones, pueden rechazar las ofertas de ayuda incluso cuando están atrasadas porque creen que nadie más puede hacerlo bien.

Las personas con este trastorno pueden ser avaras y tacañas (tener dificultades para gastar dinero en sí mismas y en los demás) y mantener un nivel de vida muy por debajo de lo que pueden permitirse, creyendo que el gasto debe controlarse estrictamente para hacer frente a futuras catástrofes (Criterio 7).

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por la rigidez y la terquedad (Criterio 8). Las personas con este trastorno están tan preocupadas por que las cosas se hagan de la manera "correcta" que tienen problemas para aceptar las ideas de los demás. Estas personas planifican con anticipación con meticuloso detalle y no están dispuestas a considerar cambios en estos planes o en sus rutinas habituales. Totalmente envueltos en su propia perspectiva, tienen dificultades para reconocer los puntos de vista de los demás. Los amigos y colegas pueden sentirse frustrados por esta rigidez constante. Incluso cuando las personas con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad reconocen que puede ser de su interés comprometerse, pueden negarse obstinadamente a hacerlo, argumentando que es "el principio de la cosa".

Funciones asociadas

Cuando las reglas y los procedimientos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones puede convertirse en un proceso que requiere mucho tiempo y, a menudo, es doloroso (p. ej., investigar exhaustivamente las opciones antes de realizar una compra). Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden tener tanta dificultad para decidir qué tareas tienen prioridad o cuál es la mejor manera de hacer una tarea en particular que es posible que nunca comiencen con nada.

Son propensos a alterarse o enfadarse en situaciones en las que no pueden mantener el control de su entorno físico o interpersonal, aunque el enfado no suele expresarse directamente. Por ejemplo, una persona puede enojarse cuando el servicio en un restaurante es deficiente, pero en lugar de quejarse con la gerencia, la persona reflexiona sobre cuánto dejar como propina. En otras ocasiones, el enojo puede expresarse con justa indignación por un asunto aparentemente menor. Las personas con este trastorno pueden estar especialmente atentas a su estado relativo en las relaciones de dominio-sumisión y pueden mostrar una deferencia excesiva hacia una autoridad que respetan y una resistencia excesiva hacia la autoridad que no respetan.

Las personas con este trastorno tienen dificultad para relacionarse y compartir emociones. Por ejemplo, pueden expresar afecto de una manera muy controlada o forzada y pueden sentirse muy incómodos en presencia de otras personas que son emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas tienen un carácter formal y serio, y pueden mostrarse rígidos en situaciones en las que los demás sonreirían y estarían felices (p. ej., saludar a un amante en el aeropuerto). Se contienen cuidadosamente hasta que están seguros de que todo lo que digan será perfecto. Pueden estar preocupados por la lógica y el intelecto e ser intolerantes con las manifestaciones de emoción de los demás. A menudo tienen dificultad para expresar sentimientos tiernos y rara vez hacen cumplidos. Las personas con este trastorno pueden experimentar dificultades y angustia ocupacional, particularmente cuando se enfrentan a situaciones nuevas que exigen flexibilidad y compromiso.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 2,4 %. La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 7,9%. Una revisión de cinco estudios epidemiológicos (tres en los Estados Unidos) encontró una prevalencia media de 4,7%.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la

cultura Al evaluar a un individuo para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el médico no debe incluir aquellas conductas que reflejan hábitos, costumbres o estilos interpersonales que están culturalmente sancionados por el grupo de referencia del individuo. Ciertas comunidades culturales ponen un énfasis sustancial en el trabajo y la productividad, y algunos miembros de grupos socioculturales (p. ej., ciertos grupos religiosos, profesiones, inmigrantes) pueden, en ocasiones, adoptar códigos de conducta rígidamente; exigencias del trabajo; ambientes sociales restrictivos; reglas de comportamiento; o estándares que enfatizan el exceso de escrupulosidad, la escrupulosidad moral y la búsqueda del perfeccionismo que pueden ser reforzados por las normas del grupo cultural. Dichos comportamientos no deben considerarse por sí mismos indicios de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el

género En grandes estudios basados en la población, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo parece ser igualmente frecuente en hombres y mujeres.

Diagnóstico diferencial

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) A pesar de la similitud de los nombres, el TOC suele distinguirse fácilmente del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones en el TOC. Cuando se cumplen los criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el TOC, se deben registrar ambos diagnósticos.

Trastorno de acumulación. Se debe considerar un diagnóstico de trastorno de acaparamiento, especialmente cuando el acaparamiento es extremo (p. ej., las pilas acumuladas de objetos sin valor presentan un peligro de incendio y dificultan que otros caminen por la casa). Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad como para el trastorno por acumulación, se deben registrar ambos diagnósticos.

Otros trastornos de personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene personalidad

775

todas las características que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden diagnosticarse. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad también pueden profesar un compromiso con el perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer las cosas tan bien, pero es más probable que estas personas crean que han alcanzado la perfección, mientras que las personas con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad suelen ser autocriticas. Las personas con trastorno de personalidad narcisista o antisocial carecen de generosidad, pero se darán el gusto, mientras que las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo adoptan un estilo de gasto avaro tanto para sí mismos como para los demás. Tanto el trastorno esquizoide de la personalidad como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden caracterizarse por una aparente formalidad y desapego social. En obsesivo-

trastorno compulsivo de la personalidad, esto se debe a la incomodidad con las emociones y la excesiva dedicación al trabajo, mientras que en el trastorno esquizoide de la personalidad hay una falta fundamental de capacidad para la intimidad.

Los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos con moderación pueden ser especialmente adaptativos, particularmente en situaciones que recompensan el alto rendimiento. Solo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o una angustia subjetiva, constituyen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. Obsesivo compulsivo el trastorno de personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Comorbilidad Las

personas con trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social, fobias específicas) y TOC tienen una mayor probabilidad de tener un trastorno de la personalidad que cumpla los criterios del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Aun así, parece que la mayoría de las personas con TOC no tienen un patrón de comportamiento que cumpla con los criterios para este trastorno de personalidad. Muchas de las características del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se superponen con las características de personalidad "tipo A" (p. ej., preocupación por el trabajo, competitividad, urgencia de tiempo), y estas características pueden estar presentes en personas con riesgo de infarto de miocardio. Puede haber una asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y los trastornos depresivos y bipolares y los trastornos alimentarios.

Otros trastornos de la personalidad

Cambio de personalidad debido a otro médico Condición

Criterios de diagnóstico

F07.0

- A. Un trastorno persistente de la personalidad que representa un cambio del patrón de personalidad característico previo del individuo.

Nota: En los niños, la alteración implica una marcada desviación del desarrollo normal o un cambio significativo en los patrones de comportamiento habituales del niño, que dura al menos 1 año.

776

- B. Hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido otro trastorno mental debido a otra afección médica).
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Tipo lábil: Si el rasgo predominante es labilidad afectiva.

Tipo desinhibido: si el rasgo predominante es un control deficiente de los impulsos evidenciado por indiscreciones sexuales, etc.

Tipo agresivo: si la característica predominante es el comportamiento agresivo.

Tipo apático: Si el rasgo predominante es la marcada apatía e indiferencia.

Tipo paranoide: Si el rasgo predominante es la suspicacia o la ideación paranoide.

Otro tipo: Si la presentación no se caracteriza por ninguno de los subtipos anteriores.

Tipo combinado: Si predomina más de una característica en el cuadro clínico.

Tipo no especificado

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica (p. ej., F07.0 cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal). La otra afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del cambio de personalidad debido a otra afección médica (p. ej., G40.209 epilepsia del lóbulo temporal; F07.0 cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal).

Subtipos El

cambio de personalidad particular se puede especificar indicando la presentación de síntomas que predomina en la presentación clínica.

Características

diagnósticas La característica esencial de un cambio de personalidad debido a otra afección médica es una alteración persistente de la personalidad que se considera una consecuencia fisiológica de otra afección médica. La alteración de la personalidad representa un cambio del patrón de personalidad característico previo del individuo. En los niños, esta condición puede manifestarse como una marcada desviación del desarrollo normal más que como un cambio en un patrón de personalidad estable (Criterio A). Debe haber evidencia de la historia, el examen físico o los resultados de laboratorio de que el cambio de personalidad es la consecuencia fisiológica directa de otra condición médica (Criterio B). No se da el diagnóstico si el trastorno se explica mejor por otro trastorno mental (Criterio C).

No se da el diagnóstico si la alteración ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio (Criterio D). La alteración también debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E).

Las manifestaciones comunes del cambio de personalidad incluyen inestabilidad afectiva, escaso control de los impulsos, arrebatos de agresión o ira que no guardan proporción con ningún estresor psicosocial precipitante, marcada apatía, suspicacia o ideación paranoica. La fenomenología del cambio se indica utilizando los subtipos enumerados en el conjunto de criterios. Un individuo con el trastorno a menudo es caracterizado por otros como "no él mismo [o ella misma]". Aunque comparte el término "personalidad" con los otros trastornos de la personalidad, este diagnóstico es distinto en virtud de su etiología específica, diferente fenomenología y un inicio y curso más variable.

La presentación clínica en un individuo dado puede depender de la naturaleza y localización del proceso patológico. Por ejemplo, una lesión en los lóbulos frontales puede producir

777

síntomas como falta de juicio o previsión, jocosidad, desinhibición y euforia. En este ejemplo, el diagnóstico de cambio de personalidad debido a una lesión del lóbulo frontal se haría si una alteración persistente de la personalidad es una desviación del patrón de personalidad característico previo del individuo antes de la lesión (Criterio A). Se ha demostrado que los accidentes cerebrovasculares del hemisferio derecho a menudo evocan cambios de personalidad asociados con negligencia espacial unilateral, anosognosia (es decir, incapacidad del individuo para reconocer un déficit corporal o funcional, como la existencia de hemiparesia), impersistencia motora y otros déficits neurológicos.

Funciones asociadas

Una variedad de condiciones médicas y neurológicas pueden causar cambios de personalidad, incluyendo neoplasias del sistema nervioso central, traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Huntington, epilepsia, condiciones infecciosas con afectación del sistema nervioso central (p. ej., VIH), condiciones endocrinas (p. ej., hipotiroidismo, hipo e hiperadrenocorticismo), y

condiciones autoinmunes con afectación del sistema nervioso central (p. ej., lupus eritematoso sistémico). Los hallazgos asociados del examen físico, los hallazgos de laboratorio y los patrones de prevalencia e inicio reflejan los de la afección neurológica u otra médica involucrada.

Diagnóstico diferencial

Condiciones médicas crónicas asociadas con el dolor y la discapacidad las condiciones médicas crónicas asociadas con el dolor y la discapacidad también pueden estar asociadas con cambios en la personalidad. El diagnóstico de cambio de personalidad debido a otra condición médica se da solo si se puede establecer un mecanismo fisiopatológico directo. Este diagnóstico no se da si el cambio se debe a un ajuste conductual o psicológico o a una respuesta a otra afección médica (p. ej., comportamientos dependientes que resultan de la necesidad de asistencia de otros después de un traumatismo craneoencefálico grave, enfermedad cardiovascular o demencia).

Delirio o trastorno neurocognitivo mayor. El cambio de personalidad es una característica frecuentemente asociada con un delirio o un trastorno neurocognitivo mayor. No se da un diagnóstico separado de cambio de personalidad debido a otra condición médica si el cambio ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, el diagnóstico de cambio de personalidad debido a otra afección médica puede darse además del diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor si se considera que el cambio de personalidad es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si el cambio de personalidad es un parte importante de la presentación clínica.

Otro trastorno mental debido a otra condición médica. El diagnóstico de cambio de personalidad debido a otra afección médica no se da si la alteración se explica mejor por otro trastorno mental debido a otra afección médica (p. ej., trastorno depresivo debido a un tumor cerebral).

Trastornos por uso de sustancias. Los cambios de personalidad también pueden ocurrir en el contexto de los trastornos por uso de sustancias, especialmente si el trastorno es de larga duración. El médico debe preguntar cuidadosamente sobre la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias. Si el médico desea indicar una relación etiológica entre el cambio de personalidad y el uso de sustancias, la otra categoría especificada para

se puede utilizar la sustancia específica (p. ej., otro trastorno específico relacionado con estimulantes con cambio de personalidad).

Otros trastornos mentales. Los cambios marcados de personalidad también pueden ser una característica asociada de otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia, trastorno delirante, trastornos depresivos y bipolares, otros trastornos de la conducta, del control de los impulsos y del comportamiento perturbador especificados y no especificados, trastorno de pánico). Sin embargo, en estos trastornos, ningún factor fisiológico específico se considera etiológicamente relacionado con el cambio de personalidad.

778

Otros trastornos de personalidad. El cambio de personalidad debido a otra condición médica se puede distinguir de un trastorno de personalidad por el requisito de un cambio clínicamente significativo del funcionamiento de la personalidad de referencia y la presencia de una condición médica etiológica específica.

Otro trastorno de personalidad especificado

F60.89

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de los trastornos de la personalidad. La categoría de otro trastorno de personalidad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno de personalidad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de personalidad específico” seguido de la razón específica (p. ej., “características de personalidad mixtas”).

Trastorno de personalidad no especificado

F60.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de los trastornos de la personalidad. . La categoría de trastorno de personalidad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige ***no*** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno de personalidad específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Trastornos parafílicos

Los trastornos parafílicos incluidos en este manual son el trastorno voyeurista (espiar a otros en actividades privadas), el trastorno exhibicionista (exponer los genitales), el trastorno frotteurístico (tocar o frotar contra una persona sin su consentimiento), el trastorno de masoquismo sexual (sufrir humillaciones, ataduras o sufrimiento) , trastorno de sadismo sexual (infligir humillación, ataduras o sufrimiento), trastorno pedófilo (enfoque sexual en los niños), trastorno fetichista (usar objetos sin vida o tener un enfoque muy específico en partes del cuerpo no genitales) y trastorno travestí (participar en actos cruzados sexualmente excitantes). -vendaje). Estos trastornos han sido tradicionalmente seleccionados para su listado específico y asignación de criterios diagnósticos explícitos en el DSM por dos motivos principales: son relativamente frecuentes, en relación con otros trastornos parafílicos, y algunos de ellos llevan actuaciones para su satisfacción que, por su nocividad o daño potencial a otros, se clasifican como delitos penales. Los ocho trastornos enumerados no agotan la lista de posibles trastornos parafílicos. Se han identificado y nombrado muchas docenas de parafilias distintas, y casi cualquiera de ellas podría, en virtud de sus consecuencias negativas para el individuo o para otros, elevarse al nivel de un trastorno parafílico.

En este capítulo, el orden de presentación de los trastornos parafílicos enumerados generalmente corresponde a esquemas de clasificación comunes para estas condiciones. El primer grupo de trastornos se basa en **preferencias de actividad anómala**. Estos trastornos se subdividen en **trastornos del cortejo**, que se asemejan a componentes distorsionados del comportamiento de cortejo humano (trastorno voyeurista, trastorno exhibicionista y trastorno frotteurístico), y trastornos algolágicos , que implican dolor y sufrimiento (trastorno de masoquismo sexual y trastorno de sadismo sexual). El segundo grupo de trastornos se basa en **preferencias anómalias de objetivos**. Estos trastornos incluy-

humanos (trastorno pedófilo) y dos dirigidos a otros lugares (trastorno fetichista y trastorno travesti).

El término **parafilia** denota cualquier interés sexual intenso y persistente que no sea el interés sexual en la estimulación genital o caricias preparatorias con parejas humanas fenotípicamente normales, físicamente maduras y consentidas. En algunas circunstancias, los criterios "intensos y persistentes" pueden ser difíciles de aplicar, como en la evaluación de personas muy ancianas o con enfermedades médicas y que pueden no tener intereses sexuales "intensos" de ningún tipo. En tales circunstancias, el término **parafilia** puede definirse como cualquier interés sexual superior o igual a los intereses sexuales no parafílicos. También hay parafilias específicas que generalmente se describen mejor como intereses sexuales **preferenciales** que como intereses sexuales intensos.

Algunas parafilias se refieren principalmente a las actividades eróticas del individuo y otras se refieren principalmente a los objetivos eróticos del individuo. Los ejemplos de lo primero incluirían intereses intensos y persistentes en azotar, azotar, cortar, atar o estrangular a otra persona, o un interés en estas actividades que iguale o exceda el interés del individuo en la cópula o interacción equivalente con otra persona. Ejemplos de estos últimos incluirían un interés sexual intenso o preferencial en niños, cadáveres o amputados (como clase), así como un interés intenso o preferencial en animales no humanos, como caballos o perros, o en objetos inanimados, como zapatos o artículos hechos de caucho. El patrón de intereses parafílicos de un individuo a menudo se refleja en su elección de pornografía.

780

Un **trastorno parafílico** es una parafilia que actualmente causa angustia o deterioro al individuo o una parafilia cuya satisfacción ha implicado daño personal o riesgo de daño a otros. Una parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafílico, y una parafilia por sí misma no necesariamente justifica o requiere una intervención clínica.

En los criterios diagnósticos establecidos para cada uno de los trastornos parafílicos enumerados, el Criterio A especifica la naturaleza cualitativa de la parafilia (por ejemplo, un enfoque erótico en los niños o en exponer los genitales a extraños), y el Criterio B especifica las consecuencias negativas de la parafilia (es decir, angustia, deterioro o daño a otros). De acuerdo con la distinción entre

parafilias y trastornos parafílicos, el término **diagnóstico** debe reservarse para las personas cuyos intereses o comportamientos parafílicos cumplen los Criterios A y B (es decir, personas que tienen un trastorno parafílico). Si los intereses o comportamientos parafílicos de un individuo cumplen el Criterio A pero no el Criterio B para una parafilia en particular, una circunstancia que podría surgir cuando se descubre una parafilia benigna durante la investigación clínica de alguna otra condición, entonces se puede decir que el individuo tiene esa parafilia pero no es un trastorno parafílico.

No es raro que un individuo manifieste dos o más parafilias. En algunos casos, los focos parafílicos están estrechamente relacionados y la conexión entre las parafilias es intuitivamente comprensible (p. ej., fetichismo de pies y fetichismo de zapatos). En otros casos, la conexión entre las parafilias no es obvia y la presencia de múltiples parafilias puede ser coincidente o estar relacionada con alguna vulnerabilidad generalizada a anomalías del desarrollo psicosexual. En cualquier caso, los diagnósticos comórbidos de trastornos parafílicos separados pueden estar justificados si más de una parafilia está causando sufrimiento al individuo o daño a otros.

Debido a la naturaleza dual del diagnóstico de trastornos parafílicos, las medidas calificadas por el médico o autoevaluadas y las evaluaciones de gravedad podrían abordar la fuerza de la parafilia en sí o la gravedad de sus consecuencias. Aunque la angustia y el deterioro estipulados en el Criterio B son especiales por ser el resultado inmediato o último de la parafilia y no principalmente el resultado de algún otro factor, los fenómenos de depresión reactiva, ansiedad, culpa, mala historia laboral, deterioro de las relaciones sociales, y así sucesivamente no son únicos en sí mismos y pueden ser cuantificados con medidas multipropósito de funcionamiento psicosocial o calidad de vida.

Trastorno voyeurista

Criterios de diagnóstico

F65.3

- A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente al observar a una persona desprevenida que

está desnudo, en el proceso de desvestirse o participar en actividades sexuales, como se manifiesta en fantasías, impulsos o comportamientos.

- B. El individuo ha actuado sobre estos impulsos sexuales con una persona que no consintió, o los impulsos o fantasías sexuales causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
- C. El individuo que experimenta la excitación y/o actúa sobre la insta tiene al menos 18 años de edad.

Especifique

si: **En un entorno controlado:** este especificador se aplica principalmente a las personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades para participar en el comportamiento voyeurista están restringidas.

En remisión total: el individuo no ha actuado de acuerdo con los impulsos de una persona que no dio su consentimiento, y no ha habido angustia o deterioro social, laboral u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años en un entorno no controlado.

781

Especificadores

El especificador "en remisión total" no aborda la presencia o ausencia continua de voyerismo per se, que puede seguir presente después de que los comportamientos y la angustia hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos para el trastorno voyeurista pueden aplicarse tanto a individuos que revelan más o menos libremente este interés parafílico como a aquellos que niegan categóricamente cualquier excitación sexual al observar a una persona desprevenida que está desnuda, desvistiéndose o participando en una actividad sexual a pesar de tener un objetivo sustancial. prueba en contrario. Si los individuos reveladores también reportan angustia o problemas psicosociales debido a su conducta sexual voyeu

preferencias, podrían ser diagnosticados con trastorno voyeurista. Por otro lado, si no declaran angustia, demostrada por la falta de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza, sobre estos impulsos parafílicos y no están afectados en otras áreas importantes de funcionamiento debido a este interés sexual y sus antecedentes psiquiátricos o legales. indican que no actúan en consecuencia, se podría determinar que tienen interés sexual voyeurista, pero no se *les* debe diagnosticar un trastorno voyeurista.

Las personas que no revelan incluyen, por ejemplo, personas que se sabe que han estado espiando repetidamente a personas desprevenidas que están desnudas o participando en actividades sexuales en ocasiones separadas pero que niegan cualquier impulso o fantasía con respecto a dicho comportamiento sexual, y que pueden informar que episodios conocidos de observación desprevenida las personas desnudas o sexualmente activas eran todas accidentales y no sexuales. Otros pueden revelar episodios pasados de observación de personas desnudas o sexualmente activas desprevenidas, pero cuestionan cualquier interés sexual significativo o sostenido en este comportamiento. Dado que estos individuos niegan tener fantasías o impulsos de ver a otros desnudos o involucrados en actividades sexuales, se deduce que también rechazarían sentirse subjetivamente angustiados o socialmente perjudicados por tales impulsos. A pesar de su postura de confidencialidad, a estas personas se les puede diagnosticar un trastorno voyeurista. El comportamiento voyeurista recurrente constituye suficiente apoyo para el voyeurismo (al cumplir el Criterio A) y simultáneamente demuestra que este comportamiento motivado parafílicamente está causando daño a otros (al cumplir el Criterio B).

El espionaje “recurrente” de personas desprevenidas que están desnudas o participando en actividades sexuales puede interpretarse como que requiere múltiples víctimas, cada una en una ocasión distinta; este requisito de múltiples víctimas en ocasiones separadas es relevante porque aumenta la confianza en la inferencia clínica de que el individuo está motivado por el trastorno voyeurista. Se puede interpretar que menos víctimas satisfacen este criterio si hubo múltiples ocasiones de observar a la misma víctima o si existe evidencia que corrobore un interés distinto o preferencial en observar en secreto a personas desprevenidas desnudas o sexualmente activas. Tenga en cuenta que múltiples víctimas, como se sugirió anteriormente, son una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; los criterios también pueden cumplirse si el individuo reconoce un intenso interés sexual voyerista.

La adolescencia y la pubertad generalmente aumentan la curiosidad y la actividad sexual. Para reducir el riesgo de patologizar el interés y el comportamiento sexual normativo durante la adolescencia puberal, la edad mínima para el diagnóstico del trastorno voyeurista es de 18 años (Criterio C).

Predominio

Se desconoce la prevalencia en la población de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno voyeurista. Los actos voyeuristas, sin embargo, son los comportamientos sexuales potencialmente infractores de la ley más comunes. Por ejemplo, en una muestra de una encuesta telefónica y por Internet en Quebec, se informó que la prevalencia de conductas voyeristas a lo largo de la vida llegaba al 34,5 % (50,3 % en hombres, 21,2 % en mujeres). Debido a que este mismo estudio encontró que un "deseo intenso" y un "comportamiento persistente" ocurren con mucha menos frecuencia (9,6 % y 2,1 %, respectivamente), la prevalencia del trastorno voyeurista es probablemente mucho menor. La proporción de comportamiento voyerista en hombres y mujeres fue de aproximadamente 2:1 en la muestra de Quebec y de 3:1 en una muestra de la población general sueca. En un estudio que determinó qué trastornos particulares eran prevalentes

782

en personas encarceladas por delitos sexuales, un estudio de 1346 delincuentes sexuales encarcelados de Austria encontró una prevalencia del trastorno voyeurista del 3,7%.

Desarrollo y curso Los hombres

adultos con trastorno voyeurista a menudo se dan cuenta por primera vez de su interés sexual por observar en secreto a personas desprevenidas durante la adolescencia. Sin embargo, la edad mínima para un diagnóstico de trastorno voyeurista es de 18 años porque existe una dificultad sustancial para diferenciarlo de la actividad y curiosidad sexual relacionada con la pubertad apropiada para la edad. La persistencia del voyeurismo a lo largo del tiempo no está clara. Con o sin tratamiento del trastorno voyeurista, la angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad) o el deterioro del trastorno pueden cambiar con el tiempo, al igual que una serie de factores que pueden afectar el curso.

del trastorno, como la morbilidad psiquiátrica, la hipersexualidad y la impulsividad sexual. Por lo tanto, la gravedad y el curso pueden variar con el tiempo. Al igual que con otras preferencias sexuales, la edad avanzada puede estar asociada con la disminución de las preferencias y el comportamiento sexual voyeurista.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Debido a que el voyeurismo es una condición previa necesaria para el trastorno voyeurista, los factores de riesgo del voyeurismo también deberían aumentar el riesgo de trastorno voyeurista.

Ambiental. El abuso sexual infantil, el uso indebido de sustancias y la preocupación sexual/hipersexualidad se han sugerido como factores de riesgo, aunque la relación causal con el comportamiento voyeurista es incierta y la especificidad poco clara.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno voyeurista es muy poco común entre las mujeres en entornos clínicos, mientras que la proporción entre hombres y mujeres para actos voyeuristas únicos sexualmente excitantes es menos extrema y puede ser de 2:1 a 3:1.

Diagnóstico diferencial

Voyeurismo Las personas con voyeurismo experimentan una excitación sexual intensa y recurrente por el acto de observar a una persona desprevenida que está desnuda, en proceso de desvestirse o participando en una actividad sexual. A menos que el individuo actúe de acuerdo con estos impulsos con una persona desprevenida (p. ej., atisbando subrepticiamente por la ventana de un vecino) o a menos que haya una angustia clínicamente significativa o un deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, no es posible un diagnóstico de trastorno voyeurista. garantizado.

Episodio maníaco, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del desarrollo intelectual, cambio de personalidad debido a otra afección médica, intoxicación por sustancias y esquizofrenia.

Las personas con un trastorno neurocognitivo importante, un trastorno del desarrollo intelectual, un cambio de personalidad debido a otra afección médica o esquizofrenia, o que están en un episodio maníaco o experimentando una intoxicación por sustancias, pueden desinhibirse sexualmente o tener problemas

juzgar o controlar los impulsos y participar en un comportamiento voyeurista. A menos que ese comportamiento ocurra en momentos distintos al contexto de uno de estos trastornos, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno voyeurista.

Trastorno de conducta y trastorno antisocial de la personalidad Desorden de conducta en adolescentes y el trastorno de personalidad antisocial se caracterizaría por comportamientos antisociales y que rompen las normas adicionales, y por lo general faltaría el interés sexual específico en observar en secreto a otras personas desprevenidas que están desnudas o participando en actividades sexuales.

comorbilidad

Las comorbilidades conocidas en el trastorno voyeurista se basan en gran medida en la investigación con hombres sospechosos o condenados por actos que involucran la observación secreta de desnudos o desnudos desprevenidos.

783

personas sexualmente activas. Por lo tanto, es posible que estas comorbilidades no se apliquen a todas las personas con trastorno voyeurista. Las condiciones que ocurren de forma comórbida con el trastorno voyeurista incluyen la hipersexualidad y otros trastornos parafílicos, en particular el trastorno exhibicionista. Trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y por uso de sustancias; desorden hiperactivo y déficit de atención; y el trastorno de conducta y el trastorno de personalidad antisocial también son condiciones comórbidas frecuentes.

Trastorno exhibicionista

Criterios de diagnóstico

F65.2

- A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por la exposición de los genitales a una persona desprevenida, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos.

B. El individuo ha actuado sobre estos impulsos sexuales con una persona que no consintió, o los impulsos o fantasías sexuales causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.

Especifique si:

Excitación sexual al exponer los genitales a niños prepúberes

Excitado sexualmente al exponer los genitales a individuos físicamente maduros

Excitado sexualmente al exponer los genitales a niños prepuberales y a individuos físicamente maduros *Especificar* si:

En un ambiente controlado: Este especificador se aplica principalmente a personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de exponer los genitales están restringidas.

En remisión total: el individuo no ha actuado de acuerdo con los impulsos de una persona que no dio su consentimiento, y no ha habido angustia o deterioro social, laboral u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años en un entorno no controlado.

Subtipos

Los subtipos del trastorno exhibicionista se basan en la edad o la madurez física de las personas que no dan su consentimiento a las que el individuo prefiere exponer sus genitales. Las personas que no dan su consentimiento pueden ser niños preadolescentes, adultos o ambos. Este especificador debería ayudar a llamar la atención adecuada sobre las características de las víctimas de individuos con trastorno exhibicionista para evitar que se pase por alto el trastorno pedófilo concurrente. Sin embargo, los indicios de que el individuo con trastorno exhibicionista se siente atraído sexualmente por exponer sus genitales a los niños no deben descartar un diagnóstico de trastorno pedófilo.

especificadores

El especificador "en remisión total" no aborda la presencia o ausencia continua de exhibicionismo per se, que aún puede estar presente después de que los comportamientos y la angustia hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos para el trastorno exhibicionista pueden aplicarse tanto a individuos que más o menos libremente revelan esta parafilia como a aquellos que niegan categóricamente cualquier excitación sexual al exponer sus genitales a personas desprevenidas a pesar de la evidencia objetiva sustancial de lo contrario.

Si los individuos que revelan también reportan dificultades psicosociales debido a sus atracciones sexuales o preferencias por exponer, pueden ser diagnosticados con exhibicionismo.

784

trastorno. Por el contrario, si no declaran angustia (ejemplificada por la ausencia de ansiedad, obsesiones y culpa o vergüenza por estos impulsos parafílicos) y no están afectados por este interés sexual en otras áreas importantes de funcionamiento, y su autoinforme, psiquiátrico o los antecedentes legales indican que no actúan en consecuencia, se podría determinar que tienen interés sexual exhibicionista pero **no** ser diagnosticados con trastorno exhibicionista.

Los ejemplos de personas que no revelan incluyen aquellos que se han expuesto repetidamente a personas desprevenidas en ocasiones separadas pero que niegan cualquier impulso o fantasía sobre tal comportamiento sexual y que informan que los episodios conocidos de exposición fueron todos accidentales y no sexuales. Otros pueden revelar episodios pasados de comportamiento sexual que involucran exposición genital, pero refutar cualquier interés sexual significativo o sostenido en dicho comportamiento. Dado que estos individuos niegan tener impulsos o fantasías relacionadas con la exposición genital, se deduce que también negarían sentirse subjetivamente angustiados o socialmente perjudicados por tales impulsos. Tales individuos pueden ser diagnosticados con trastorno exhibicionista a pesar de su autoinforme negativo. El comportamiento exhibicionista recurrente constituye suficiente apoyo para el exhibicionismo (Criterio A) y simultáneamente demuestra que este comportamiento motivado parafílicamente está causando daño a otros (Criterio B).

La exposición genital "recurrente" a otros desprevenidos puede interpretarse como que requiere múltiples víctimas, cada una en una ocasión separada; este requisito de múltiples víctimas en ocasiones separadas es relevante porque aumenta la confianza en la inferencia clínica de que el individuo está motivado por el trastorno exhibicionista. Se puede interpretar que menos víctimas satisfacen este criterio si hubo múltiples ocasiones de exposición a la misma víctima, o si existe evidencia que corrobore un interés fuerte o preferencial en la exposición genital a personas desprevenidas. Tenga en cuenta que las víctimas múltiples, como se sugirió anteriormente, son una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico, ya que los criterios pueden cumplirse si un individuo reconoce un interés sexual exhibicionista intenso con angustia o discapacidad.

Predominio

Se desconoce la prevalencia en la población de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno exhibicionista, aunque el trastorno es muy inusual en las mujeres. Los actos exhibicionistas, sin embargo, no son infrecuentes, y los actos exhibicionistas únicos sexualmente excitantes ocurren con la mitad de frecuencia entre las mujeres en comparación con los hombres. En una muestra de encuesta telefónica y por Internet de Quebec, se informó que la prevalencia de conductas exhibicionistas a lo largo de la vida era del 30,9 % (32,6 % en hombres, 29,4 % en mujeres). Debido a que este mismo estudio encontró que un "deseo intenso" y un "comportamiento persistente" ocurren con mucha menos frecuencia (4,8 % y 0,8 %, respectivamente), la prevalencia del trastorno exhibicionista probablemente sea mucho menor. Por ejemplo, un estudio sueco sugirió que la prevalencia de por vida del trastorno exhibicionista en la población general era del 4,1 % en hombres y del 2,1 % en mujeres.

Desarrollo y curso Los hombres

adultos con trastorno exhibicionista a menudo informan que se dieron cuenta por primera vez del interés sexual por exponer sus genitales a personas desprevenidas durante la adolescencia, algo más tarde que el desarrollo típico del interés sexual normativo en mujeres u hombres. Aunque no existe un requisito de edad mínima para el diagnóstico del trastorno exhibicionista, puede ser difícil diferenciar los comportamientos exhibicionistas de la curiosidad sexual apropiada para la edad en los adolescentes. Mientras que los impulsos exhibicionistas parecen surgir en la adolescencia o en la adultez temprana, muy poco se

conocido sobre la persistencia en el tiempo. Con o sin tratamiento del trastorno exhibicionista, la angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad) o el deterioro del trastorno pueden cambiar con el tiempo, al igual que una serie de factores que pueden afectar potencialmente el curso del trastorno. como la morbilidad psiquiátrica, la hipersexualidad y la impulsividad sexual. Por lo tanto, la gravedad y el curso pueden variar con el tiempo. Al igual que con otras preferencias sexuales, la edad avanzada puede estar asociada con la disminución de las preferencias y el comportamiento sexual exhibicionista.

785

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Debido a que el exhibicionismo es una condición previa necesaria para el trastorno exhibicionista, los factores de riesgo del exhibicionismo también deberían aumentar el riesgo de trastorno exhibicionista. La historia antisocial, el trastorno de personalidad antisocial, el abuso de alcohol y la preferencia sexual pedófila pueden aumentar el riesgo de reincidencia sexual en los delincuentes exhibicionistas. Por lo tanto, el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por consumo de alcohol y el interés pedófilo pueden considerarse factores de riesgo para el trastorno exhibicionista en hombres con preferencias sexuales exhibicionistas.

Ambiental. El abuso sexual y emocional infantil y la preocupación sexual/hipersexualidad se han sugerido como factores de riesgo para el exhibicionismo, aunque la relación causal con el exhibicionismo es incierta y la especificidad poco clara.

Diagnóstico diferencial Las

Exhibicionismo. personas con exhibicionismo experimentan una excitación sexual intensa y recurrente por el acto de exponer sus genitales a una persona desprevenida. A menos que el individuo actúe de acuerdo con estos impulsos con una persona desprevenida (p. ej., exponiendo sus genitales a los pasajeros de un tren) o a menos que haya una angustia o deterioro clínicamente significativo que lo acompañe en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, un diagnóstico de trastorno exhibicionista no está garantizado.

Episodio maníaco, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del desarrollo intelectual, cambio de personalidad debido a otra afección médica, intoxicación por sustancias y

esquizofrenia.

Las personas con un trastorno neurocognitivo importante, un trastorno del desarrollo intelectual, un cambio de personalidad debido a otra afección médica o esquizofrenia, o que están en un episodio maníaco o experimentan una intoxicación por sustancias, pueden desinhibirse sexualmente o tener problemas de juicio o control de los impulsos y participar en un comportamiento exhibicionista. . A menos que ese comportamiento ocurra en momentos distintos al contexto de uno de estos trastornos, no se debe hacer un diagnóstico de trastorno exhibicionista.

Trastorno de conducta y trastorno antisocial de la personalidad

Desorden de conducta en adolescentes y el trastorno de personalidad antisocial se caracterizaría por conductas antisociales y que rompen las normas adicionales, y por lo general faltaría el interés sexual específico en exponer los genitales.

Comorbilidad Las

comorbilidades conocidas en el trastorno exhibicionista se basan en gran medida en investigaciones con individuos (casi todos hombres) condenados por actos delictivos que involucran exposición genital a personas que no consienten. Por lo tanto, es posible que estas comorbilidades no se apliquen a todas las personas que califican para un diagnóstico de trastorno exhibicionista. Las condiciones que ocurren de forma comórbida con el trastorno exhibicionista en altas tasas incluyen trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y por uso de sustancias; hipersexualidad; desorden hiperactivo y déficit de atención; otros trastornos parafílicos; y trastorno de personalidad antisocial.

Trastorno froteurístico

Criterios de diagnóstico

F65.81

- A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por tocar o frotar contra una persona que no da su consentimiento, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos.
- B. El individuo ha actuado sobre estos impulsos sexuales con una persona que no consintió, o los impulsos o fantasías sexuales causan

malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

786

Especifique

si: **En un entorno controlado:** este especificador se aplica principalmente a las personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de tocar o frotar contra una persona que no da su consentimiento están restringidas.

En remisión total: el individuo no ha actuado de acuerdo con los impulsos de una persona que no dio su consentimiento, y no ha habido angustia o deterioro social, laboral u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años en un entorno no controlado.

Especificadores

El especificador "en remisión" no aborda la presencia o ausencia continua de frotteurismo per se, que aún puede estar presente después de que los comportamientos y la angustia hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos para el trastorno froturístico pueden aplicarse tanto a individuos que revelan esta parafilia con relativa libertad como a aquellos que niegan firmemente cualquier excitación sexual al tocar o frotarse contra una persona que no da su consentimiento, independientemente de la considerable evidencia objetiva de lo contrario. Si las personas que revelan también informan un deterioro psicosocial debido a sus preferencias sexuales para tocar o frotarse contra una persona que no da su consentimiento, se les podría diagnosticar un trastorno froturístico.

Por el contrario, si no declaran angustia (demostrada por la falta de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza) por estos impulsos parafílicos y no están afectados en otras áreas importantes de funcionamiento debido a este interés sexual, y sus antecedentes psiquiátricos o legales indican que ellos no actúan

en él, se podría determinar que tienen un interés sexual frotteurístico, pero no se **les** debe diagnosticar un trastorno frotteurístico.

Las personas que no revelan incluyen, por ejemplo, personas que se sabe que han estado tocando o frotando a personas que no han dado su consentimiento en ocasiones separadas, pero que niegan cualquier impulso o fantasía relacionada con dicho comportamiento sexual. Tales individuos pueden informar que los episodios identificados de tocar o frotar contra un individuo que no estaba dispuesto fueron todos involuntarios y no sexuales. Otros pueden revelar episodios pasados de tocar o frotar contra personas que no dieron su consentimiento, pero niegan cualquier interés sexual importante o persistente en esto. Dado que estos individuos niegan tener fantasías o impulsos de tocar o frotar, en consecuencia, rechazarían sentirse angustiados o alterados psicosocialmente por tales impulsos. A pesar de su posición de confidencialidad, a estas personas se les puede diagnosticar un trastorno frotteurístico. El comportamiento frotteurístico recurrente constituye un apoyo satisfactorio para el frotteurismo (al cumplir el Criterio A) y al mismo tiempo demuestra que este comportamiento motivado parafílicamente está causando daño a otros (al cumplir el Criterio B).

Tocar o frotar “recurrentemente” contra una persona que no da su consentimiento puede interpretarse como que requiere múltiples víctimas, cada una en una ocasión separada; este requisito de múltiples víctimas en ocasiones separadas es relevante porque aumenta la confianza en la inferencia clínica de que el individuo está motivado por un trastorno frotteurístico. Se puede interpretar que menos víctimas satisfacen este criterio si hubo múltiples ocasiones de tocar o frotar contra la misma persona que no estaba dispuesta, o evidencia corroborante de un interés fuerte o preferencial en tocar o frotar contra personas que no dieron su consentimiento. Tenga en cuenta que múltiples víctimas son una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; los criterios también pueden cumplirse si el individuo reconoce un intenso interés sexual frotteurístico con angustia y/o deterioro clínicamente significativos.

Predominio

Se desconoce la prevalencia en la población de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno frotteurístico, pero los actos frotteurísticos, incluido el contacto sexual no invitado o el frotamiento contra otro individuo, pueden

ocurren en hasta el 30% de los hombres adultos en la población general de EE. UU. y Canadá. La prevalencia del trastorno froturístico es ciertamente

787

mucho más bajo, considerando el hallazgo de que el "deseo intenso" y el "comportamiento persistente" se informaron con poca frecuencia (3,8% y 0,7%, respectivamente). En entornos de pacientes ambulatorios para hombres con trastornos parafílicos e hipersexualidad, aproximadamente entre el 10 % y el 14 % tienen una presentación que cumple con los criterios diagnósticos del trastorno froturístico. Es probable que la prevalencia entre las mujeres sea menor.

Desarrollo y curso Los hombres

adultos con trastorno froturístico a menudo informan que primero se dieron cuenta de su interés sexual en tocar subrepticiamente a personas desprevenidas durante la adolescencia tardía o la edad adulta emergente. Sin embargo, los niños y adolescentes también pueden tocar o frotarse contra otras personas sin quererlo en ausencia de un diagnóstico de trastorno froturístico. Aunque no existe una edad mínima para el diagnóstico, el trastorno froturístico puede ser difícil de diferenciar del trastorno de conducta sin motivación sexual en individuos a edades más tempranas. La persistencia del froturismo a lo largo del tiempo no está clara. Con o sin tratamiento del trastorno froturístico, la angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad) o el deterioro del trastorno pueden cambiar con el tiempo, al igual que una serie de factores que pueden afectar potencialmente el curso del trastorno, como la morbilidad psiquiátrica, la hipersexualidad y la impulsividad sexual. Por lo tanto, la gravedad y el curso pueden variar con el tiempo. Al igual que con otras preferencias sexuales, la edad avanzada puede estar asociada con la disminución de las preferencias y el comportamiento sex

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La preocupación ~~sexualidad~~ sexual/la hipersexualidad pueden ser factores de riesgo inespecíficos, aunque la relación causal con el froturismo es incierta y la especificidad poco clara.

Sin embargo, debido a que el froturismo es una condición previa necesaria para el trastorno froturístico, los factores de riesgo para el froturismo también deberían aumentar el riesgo de trastorno froturístico.

Diagnóstico diferencial Las

froteurismo. personas con frotteurismo experimentan una excitación sexual intensa recurrente por el acto de tocar o frotarse contra una persona que no da su consentimiento. A menos que el individuo actúe sobre estos impulsos con una persona que no lo consiente (p. ej., frotando sus genitales contra un pasajero en un vagón de metro lleno de gente) o a menos que haya una angustia clínicamente significativa o un deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, un diagnóstico del trastorno froturístico no está justificado.

Episodio maníaco, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del desarrollo intelectual, cambio de personalidad debido a otra afección médica, intoxicación por sustancias y esquizofrenia.

Las personas con un trastorno neurocognitivo importante, un trastorno del desarrollo intelectual, un cambio de personalidad debido a otra afección médica o esquizofrenia, o que se encuentran en un episodio maníaco o experimentan una intoxicación por sustancias, pueden desinhibirse sexualmente o tener problemas de juicio o control de los impulsos y participar en froturis- comportamiento de tic. A menos que ese comportamiento ocurra en momentos distintos al contexto de uno de estos trastornos, no se debe hacer un diagnóstico de trastorno froturístico.

Trastorno de conducta y trastorno antisocial de la personalidad Desorden de conducta en los adolescentes y el trastorno de personalidad antisocial se caracterizaría por comportamientos antisociales y que rompen las normas adicionales, y por lo general faltaría el interés sexual específico en tocar o frotar contra una persona que no da su consentimiento.

comorbilidad

Las comorbilidades conocidas en el trastorno froturístico se basan en gran medida en investigaciones con hombres sospechosos o condenados por actos delictivos que implican tocar o

frotarse contra una persona que no consiente. Por lo tanto, es posible que estas comorbilidades no se apliquen a otras personas con un diagnóstico de trastorno froturístico basado en la angustia subjetiva por su interés sexual. Las condiciones que ocurren de forma comórbida con el trastorno froturístico incluyen hipersexualidad y otras

trastornos parafílicos, en particular el trastorno exhibicionista y el trastorno voyeurista. También coexisten el trastorno de conducta, el trastorno de personalidad antisocial, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias.

Trastorno de masoquismo sexual

Criterios de diagnóstico

F65.51

- A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por el acto de ser humillado, golpeado, atado o hecho sufrir de otra manera, manifestado por fantasías, impulsos o comportamientos.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar

si: **Con asfixiofilia:** Si el individuo realiza la práctica de lograr excitación sexual relacionada con la restricción de la respiración.

Especifique

si: **En un entorno controlado:** este especificador se aplica principalmente a las personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de participar en conductas sexuales masoquistas están restringidas.

En remisión total: no ha habido angustia o deterioro social, laboral u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años en un entorno no controlado.

Características de diagnóstico

Los criterios de diagnóstico para el trastorno de masoquismo sexual están destinados a aplicarse a personas que admiten libremente tener tales intereses parafílicos. Tales individuos reconocen abiertamente la intensa excitación sexual del acto de

ser humillado, golpeado, atado o hecho sufrir de otra manera, manifestado por fantasías, impulsos o comportamientos. Si estas personas también reportan dificultades psicosociales debido a sus atracciones sexuales o preferencias por ser humilladas, golpeadas, atadas o de otra manera hechas sufrir, se les puede diagnosticar un trastorno de masoquismo sexual. Por el contrario, si no declaran angustia, exemplificada por ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza, acerca de estos impulsos parafílicos, y no se ven obstaculizados por ellos en la búsqueda de otras metas personales, se podría determinar que tienen un interés sexual masoquista, pero **no** deberían serlo . diagnosticado con trastorno de masoquismo sexual.

El término ***bondage-dominación-sadismo-masoquismo*** (BDSM) se usa ampliamente para referirse a una amplia gama de comportamientos en los que se involucran las personas con masoquismo sexual y/o sadismo sexual (así como otras personas con intereses sexuales similares), tales como restricciones o restricción, disciplina, azotes, bofetadas, privación sensorial (p. ej., usar vendas en los ojos) y juego de rol de dominación-sumisión que involucre temas como amo/esclavo, dueño/mascota o secuestrador/víctima.

Funciones asociadas

El uso extensivo de pornografía que involucra el acto de ser humillado, golpeado, atado o hecho sufrir de otra manera es a veces una característica asociada del trastorno de masoquismo sexual. Aquellos que se involucran en un comportamiento sexual sadomasoquista pueden experimentar una hiposensibilidad al dolor, aunque se desconoce si este hallazgo se aplica a aquellos con trastorno de masoquismo sexual. Además, aunque a menudo se supone que las personas con

789

interés sexual masoquista tienen un historial de experiencias de abuso sexual infantil, no hay pruebas suficientes para apoyar esta asociación.

Predominio

Se desconoce la prevalencia en la población de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno de masoquismo sexual. En Australia, ha sido

estimó que el 2,2% de los hombres y el 1,3% de las mujeres habían estado involucrados en comportamientos BDSM en los últimos 12 meses.

Desarrollo y curso Las personas con

parafilia que viven en la comunidad han informado una edad media de inicio del masoquismo de 19,3 años, aunque también se han informado edades más tempranas, incluidas la pubertad y la infancia, para el inicio de las fantasías masoquistas. Se sabe muy poco sobre la persistencia en el tiempo. Con o sin tratamiento del trastorno de masoquismo sexual, la angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad) o el deterioro del trastorno pueden cambiar con el tiempo, al igual que una serie de factores que pueden afectar el curso del trastorno. , como la morbilidad psiquiátrica, la hipersexualidad y la impulsividad sexual. Por lo tanto, la gravedad y el curso pueden variar con el tiempo. Al igual que con otras preferencias sexuales, la edad avanzada puede estar asociada con la disminución de las preferencias y el comportamiento sexual masoquista.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Es importante distinguir las conductas autolesivas que se producen durante las prácticas religiosas y espirituales aceptadas colectivamente de las conductas sadomasoquistas realizadas para la excitación sexual. Por ejemplo, los rituales colectivos en varias religiones y sociedades incluyen la suspensión de ganchos, la auto flagelación, la auto mortificación y otras pruebas dolorosas. El papel de la excitación o el placer sexual en estas prácticas sigue siendo desconocido.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Se desconoce la asociación del trastorno de masoquismo sexual con pensamientos o conductas suicidas. Sin embargo, un estudio de 321 adultos que respaldaron la participación de BDSM encontró una asociación de vergüenza y culpa relacionadas con el estigma con la ideación suicida.

Consecuencias funcionales del masoquismo sexual Trastorno

Se desconocen las consecuencias funcionales del trastorno de masoquismo sexual. Las personas que reportan interés sexual en la asfixiofilia parecen experimentar

más angustia sexual y desajuste psicológico que la población general. Las personas que se involucran en un comportamiento masoquista corren el riesgo de morir accidentalmente mientras practican la asfixofilia u otros procedimientos autoeróticos. Sin embargo, se desconoce la proporción de estos difuntos cuyos intereses y conductas sexuales cumplen los criterios diagnósticos de masoquismo sexual.

Diagnóstico diferencial

Masoquismo sexual. Los individuos con masoquismo sexual experimentan una excitación sexual intensa y recurrente por el acto de ser humillados, golpeados, atados o de otra manera hechos sufrir. A menos que los impulsos sexuales, las fantasías o los comportamientos que impliquen ser humillado o hecho sufrir estén acompañados de angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, no se garantiza un diagnóstico de trastorno de masoquismo sexual.

Comorbilidad

Las comorbilidades conocidas con el trastorno de masoquismo sexual se basan en gran medida en las personas en tratamiento. Los trastornos que se presentan de manera concomitante con el trastorno de masoquismo sexual típicamente

790

incluyen otros trastornos parafílicos, como el fetichismo travesti. Hay alguna indicación de una asociación del trastorno de masoquismo sexual con el trastorno límite de la personalidad (basado en datos de una pequeña muestra clínica de mujeres con y sin trastorno límite de la personalidad).

Trastorno de sadismo sexual

Criterios de diagnóstico

F65.52

- A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por el sufrimiento físico o psicológico de otra persona, manifestada por fantasías, impulsos o conductas.
- B. El individuo ha actuado sobre estos impulsos sexuales con una persona que no consintió, o los impulsos o fantasías sexuales causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.

Especifique

si: **En un entorno controlado:** este especificador se aplica principalmente a las personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades para participar en conductas sexuales sádicas están restringidas.

En remisión total: el individuo no ha actuado de acuerdo con los impulsos de una persona que no dio su consentimiento, y no ha habido angustia o deterioro social, laboral u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años en un entorno no controlado.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos para el trastorno de sadismo sexual pretenden aplicarse tanto a individuos que admiten libremente tener tales intereses parafílicos como a aquellos que niegan cualquier interés sexual en el sufrimiento físico o psicológico de otro individuo a pesar de la evidencia objetiva sustancial de lo contrario. Las personas que reconocen abiertamente un intenso interés sexual en el sufrimiento físico o psicológico de los demás se denominan "individuos admitidos". Si estos individuos también reportan dificultades psicosociales debido a sus atracciones o preferencias sexuales por el sufrimiento físico o psicológico de otro individuo, pueden ser diagnosticados con trastorno de sadismo sexual. Por el contrario, si las personas que ingresan no declaran angustia, ejemplificada por ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza, sobre estos impulsos parafílicos, y no se ven obstaculizados por ellos en la búsqueda de otras metas, y sus antecedentes legales, psiquiátricos o autoinformados indican que no actúan sobre ellos con personas que no consienten, entonces podrían ser dete-

como tener un interés sexual sádico pero su presentación **no** cumpliría los criterios para el trastorno de sadismo sexual.

Los ejemplos de personas que niegan cualquier interés en el sufrimiento físico o psicológico de otra persona incluyen personas que se sabe que han infligido dolor o sufrimiento a múltiples víctimas en ocasiones separadas, pero que niegan cualquier impulso o fantasía sobre tal comportamiento sexual y que además pueden afirmar que los episodios conocidos de agresión sexual fueron no intencionales o no sexuales. Otros pueden admitir episodios pasados de comportamiento sexual que impliquen infijir dolor o sufrimiento a una persona que no dio su consentimiento, pero no informan ningún interés sexual significativo o sostenido en el sufrimiento físico o psicológico de otra persona. Dado que estos individuos niegan tener impulsos o fantasías que involucren la excitación sexual del dolor y el sufrimiento, se deduce que también negarían sentirse subjetivamente angustiados o socialmente perjudicados por tales impulsos. Tales individuos pueden ser diagnosticados con trastorno de sadismo sexual a pesar de su autoinforme negativo.

Su comportamiento recurrente constituye un respaldo clínico para la presencia de la parafilia del sadismo sexual (al cumplir el Criterio A) y, al mismo tiempo, demuestra que su comportamiento de motivación parafílica está causando angustia, daño o riesgo de daño clínicamente significativo a otros (satisfaciendo el Criterio B).

791

El sadismo sexual “recurrente” que involucra a otros que no dan su consentimiento puede interpretarse como que requiere múltiples víctimas, cada una en una ocasión separada; este requisito de múltiples víctimas en ocasiones separadas es relevante porque aumenta la confianza en la inferencia clínica de que el individuo está motivado por el trastorno de sadismo sexual. Se puede interpretar que un menor número de víctimas satisface este criterio, si hay múltiples instancias de infijir dolor y sufrimiento a la misma víctima, o si existe evidencia que corrobore un interés fuerte o preferencial en el dolor y sufrimiento que involucre a múltiples víctimas. Tenga en cuenta que múltiples víctimas, como se sugirió anteriormente, son una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico, ya que los criterios pueden cumplirse si el individuo reconoce un intenso interés sexual sádico.

El término **bondage-dominación-sadismo-masoquismo** (BDSM) se usa ampliamente para referirse a una amplia gama de comportamientos que las personas con

masoquismo y/o sadismo sexual (así como otras personas con intereses sexuales similares) participan, como restricciones o restricciones, disciplina, azotes, bofetadas, privación sensorial (p. ej., usar vendas en los ojos) y juegos de roles de dominación y sumisión que involucran temas como amo/esclavo, dueño/mascota o secuestrador/víctima.

Funciones asociadas

El uso extensivo de pornografía que implica infligir dolor y sufrimiento es a veces una característica asociada del trastorno de sadismo sexual.

Predominio

Se desconoce la prevalencia en la población de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno de sadismo sexual y se basa en gran medida en individuos en entornos forenses. Entre los agresores sexuales cometidos civilmente en los Estados Unidos, menos del 10 % tienen trastorno de sadismo sexual. Entre las personas que han cometido homicidios por motivos sexuales, la proporción de comportamiento sexualmente sádico es de alrededor de un tercio.

Las personas con trastorno de sadismo sexual en las muestras forenses son casi exclusivamente hombres, pero una muestra representativa de la población en Australia informó que el 2,2 % de los hombres y el 1,3 % de las mujeres dijeron que habían estado involucrados en conductas BDSM en el año anterior. En una muestra basada en la población de Finlandia, la prevalencia a lo largo de la vida del comportamiento sexualmente sádico fue del 2,7 % entre los hombres y del 2,3 % entre las mujeres.

Desarrollo y curso

La información

sobre el desarrollo y curso del trastorno de sadismo sexual es extremadamente limitada. Mientras que las preferencias sexualmente sádicas per se son probablemente una característica de por vida, el trastorno de sadismo sexual puede fluctuar según la angustia subjetiva del individuo o su propensión a dañar a otros que no lo consienten. Al igual que con otras preferencias sexuales, la edad avanzada puede estar asociada con la disminución de las preferencias y el comportamiento sexualmente sádico. Con respecto a la preferencia sexualmente sádica, muchas personas que se involucran en el comportamiento BDSM se dieron cuenta de su interés correspondiente en la adolescencia.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura El estatus legal del comportamiento sexualmente sádico varía entre países y sociedades, lo que sugiere la posibilidad de variación en la angustia (debido a la variación en la aceptación cultural) y el deterioro funcional (debido al estatus legal).

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Se desconoce la asociación del trastorno de sadismo sexual con pensamientos o comportamientos suicidas. Sin embargo, un estudio de 321 adultos que respaldaron la participación de BDSM encontró una asociación de vergüenza y culpa relacionadas con el estigma con la ideación suicida.

792

Diagnóstico diferencial

Sadismo sexual. Las personas con sadismo sexual experimentan una excitación sexual intensa y recurrente debido al sufrimiento físico o psicológico de otra persona. A menos que se actúe sobre los impulsos sexuales de hacer sufrir física o psicológicamente a otra persona con una persona que no da su consentimiento, o a menos que haya una angustia clínicamente significativa o un deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, un diagnóstico de trastorno de sadismo sexual no está garantizado. La mayoría de las personas que participan activamente en redes comunitarias que practican comportamientos sádicos y masoquistas no expresan ninguna insatisfacción con sus intereses sexuales y su comportamiento no cumpliría con los criterios del DSM-5 para el trastorno de sadismo sexual.

Imposición de sufrimiento físico o psíquico durante la comisión de un delito sexual.

Las personas que cometan violaciones u otras agresiones sexuales pueden infligir dolor a sus víctimas como resultado del acto de violación, o al someter a las víctimas o restringirlas para que cometan la agresión sexual. Tal imposición instrumental de dolor no debe considerarse indicativa de un trastorno de sadismo sexual a menos que exista evidencia de que el individuo obtiene placer de la imposición de dolor y el sufrimiento resultante de la víctima (p. ej., admisión de estar específicamente excitado por el dolor, evidencia de una preferencia por la pornografía que involucre temas de sadismo sexual, exceso

uso de violencia inductora de dolor que va más allá de lo que podría ser necesario en el curso de cometer la agresión sexual).

Trastorno de conducta y trastorno antisocial de la personalidad. Las personas con trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial pueden ser físicamente crueles con las personas y obligar a otros a participar en actividades sexuales. Las conductas sexuales sádicas o coercitivas que ocurren en el contexto de un trastorno de conducta o un trastorno de personalidad antisocial, pero que no reflejan un patrón subyacente de excitación sexual por el sufrimiento físico o psicológico de otra persona, no deben utilizarse como base para diagnosticar el trastorno de sadismo sexual. En los casos en los que se cumplen los criterios diagnósticos tanto de trastorno de sadismo sexual como de trastorno de conducta/trastorno de personalidad antisocial, se pueden diagnosticar ambos trastornos.

Comorbilidad Las

comorbilidades conocidas con el trastorno de sadismo sexual se basan en gran medida en individuos (casi todos hombres) condenados por actos delictivos que involucran actos sádicos contra víctimas que no consienten. Por lo tanto, es posible que estas comorbilidades no se apliquen a todas las personas que nunca se involucraron en una actividad sádica con una víctima que no consintió, pero que califican para un diagnóstico de trastorno de sadismo sexual basado en la angustia subjetiva por su interés sexual. Los trastornos que comúnmente son comórbidos con el trastorno de sadismo sexual incluyen otros trastornos parafílicos. Según un estudio basado en la población en Finlandia, las personas que habían tenido un comportamiento sexualmente sádico también habían tenido otros tipos de comportamiento parafílico, a saber (en orden descendente de ocurrencia simultánea) masoquismo (68,8 %), voyerismo (33,3 %), travestismo/fetichismo (9,2%) y exhibicionismo (6,4%).

Trastorno pedófilo

Criterios de diagnóstico

F65.4

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías intensas y recurrentes de excitación sexual, impulsos sexuales o comportamientos que involucren

actividad sexual con un niño o niños preadolescentes (generalmente de 13 años o menos).

B. El individuo ha actuado de acuerdo con estos impulsos sexuales, o los impulsos o fantasías sexuales causan una marcada angustia o dificultad interpersonal.

793

C. La persona tiene al menos 16 años de edad y al menos 5 años más que el niño o los niños del Criterio A.

Nota: No incluya a una persona en la adolescencia tardía involucrada en una relación sexual continua con un niño de 12 o 13 años.

Especifique si:

Tipo exclusivo (atraído solo por los niños)

Tipo no excluyente

Especifique si: Atrae

sexualmente a los hombres

Atrae sexualmente a las mujeres

Atrae sexualmente a ambos

Especifique si:

Limitado al incesto

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos para el trastorno pedófilo están destinados a aplicarse tanto a las personas que revelan libremente esta parafilia como a las personas que niegan cualquier atracción sexual hacia los niños prepuberales (generalmente de 13 años o menos), a pesar de la evidencia objetiva sustancial de lo contrario. La pauta de edad de 13 años o menos es solo aproximada, porque el inicio de la pubertad varía de persona a persona, y hay buena evidencia de que la edad promedio de inicio de la pubertad ha ido disminuyendo con el tiempo y difiere entre etnias y culturas. Ejemplos de divulgación de esta parafilia

incluyen el reconocimiento sincero de un intenso interés sexual en los niños y la indicación de que el interés sexual en los niños es mayor o igual al interés sexual en las personas físicamente maduras. Si las personas también se quejan de que sus atracciones o preferencias sexuales por los niños les causan una angustia marcada o dificultades psicosociales, es posible que se les diagnostique un trastorno de pedofilia. Sin embargo, si informan una ausencia de sentimientos de culpa, vergüenza o ansiedad sobre estos impulsos y no están limitados funcionalmente por sus impulsos parafílicos (según el autoinforme, la evaluación objetiva o ambos), y su autoinforme y registro legal. las historias indican que nunca han actuado por sus impulsos, entonces estos individuos tienen un interés sexual pedófilo pero no un trastorno pedófilo. Cuando se trata de diferenciar a los delincuentes infantiles con trastorno pedófilo de los delincuentes infantiles sin trastorno pedófilo, los factores que sugieren un diagnóstico de trastorno pedófilo en el delinquente incluyen el interés autoinformado en los niños, el uso de pornografía infantil, un historial de múltiples víctimas infantiles, niños víctimas, y niños víctimas no emparentados.

Los ejemplos de personas que niegan la atracción por los niños incluyen personas que se sabe que se han acercado sexualmente a varios niños en ocasiones separadas, pero que niegan cualquier impulso o fantasía sobre el comportamiento sexual que involucra a los niños, y que además pueden afirmar que los episodios conocidos de contacto físico fueron todos involuntarios. y no sexuales. Otros individuos pueden reconocer episodios pasados de comportamiento sexual con niños, pero negar cualquier interés sexual significativo o sostenido en los niños. Debido a que estos individuos pueden negar experiencias, impulsos o fantasías que involucran a niños, también pueden negar sentirse subjetivamente angustiados. Tales individuos aún pueden ser diagnosticados con trastorno pedófilo a pesar de la ausencia de angustia autoinformada, siempre que haya evidencia de comportamientos recurrentes que persisten durante 6 meses (Criterio A) y evidencia de que el individuo ha actuado en impulsos sexuales o experimentado dificultades interpersonales como un consecuencia del trastorno (Criterio B). Los comportamientos incluyen interacciones sexuales con niños, ya sea que impliquen contacto físico o no (p. ej., algunos individuos pedófilos se exponen a los niños). Aunque el uso de contenido sexualmente explícito que representa a niños preadolescentes es típico de las personas con intereses sexuales pedófilos y, por lo tanto, podría aportar información importante relevante para la evaluación del Criterio A, tal comportamiento en ausencia de la

las interacciones sexuales con los niños (es decir, actuar sobre estos impulsos sexuales en persona) no es suficiente para concluir que se cumple el Criterio B.

794

La presencia de múltiples víctimas, como se discutió anteriormente, es suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; es decir, el individuo todavía puede cumplir el Criterio A simplemente reconociendo un interés sexual intenso o preferencial en los niños.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de pedofilia pueden experimentar una afinidad emocional y cognitiva con los niños, a veces denominada **congruencia emocional** con los niños. La congruencia emocional con los niños puede manifestarse de diferentes maneras, como preferir las interacciones sociales con los niños a las de los adultos, sentir que uno tiene más en común con los niños que con los adultos y elegir ocupaciones o roles de voluntario para estar cerca de los niños con más frecuencia. Los estudios muestran que la congruencia emocional con los niños está relacionada tanto con el interés sexual pedófilo como con la probabilidad de reincidencia sexual entre las personas que han cometido un delito sexual.

Predominio

Se desconoce la prevalencia en la población de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno pedófilo, pero es probable que sea inferior al 3 % entre los hombres en estudios internacionales. La prevalencia poblacional del trastorno pedófilo en mujeres es aún más incierta, pero es probable que sea una pequeña fracción de la prevalencia en hombres.

Desarrollo y curso Los hombres

adultos con trastorno pedófilo pueden indicar que se dieron cuenta de un interés sexual fuerte o preferencial en los niños alrededor de la pubertad, el mismo período de tiempo en el que los hombres que luego prefieren parejas físicamente maduras se dieron cuenta de su interés sexual en las mujeres o hombres.

Tratar de diagnosticar el trastorno pedófilo a la edad en que se manifiesta por primera vez es problemático debido a la dificultad durante el desarrollo adolescente para diferenciarlo del interés sexual apropiado para la edad.

compañeros o por curiosidad sexual. Por lo tanto, el Criterio C requiere para el diagnóstico una edad mínima de 16 años y al menos 5 años mayor que el niño o niños del Criterio A.

La pedofilia parece ser una condición de por vida. Sin embargo, el trastorno pedófilo incluye necesariamente otros elementos que pueden cambiar con el tiempo con o sin tratamiento: angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa o sentimientos de aislamiento) o deterioro psicosocial, o la propensión a actuar sexualmente con los niños. , o ambos. Por lo tanto, el curso del trastorno pedófilo puede fluctuar o la intensidad puede aumentar o disminuir con la edad.

Los adultos con trastorno de pedofilia pueden informar un conocimiento del interés sexual en los niños que precedió a participar en un comportamiento sexual con niños o autoidentificación como individuo con pedofilia. Es tan probable que la edad avanzada disminuya de manera similar la frecuencia del comportamiento sexual que involucra a los niños como lo hace con otros comportamientos sexuales motivados parafílicamente y no parafílicos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Parece haber una interacción entre la pedofilia y los rasgos de personalidad antisocial, como la insensibilidad, la impulsividad y la voluntad de correr riesgos sin tener en cuenta las consecuencias. Los hombres con interés pedófilo y rasgos de personalidad antisocial tienen más probabilidades de actuar sexualmente con niños y, por lo tanto, calificar para un diagnóstico de trastorno pedófilo. Por lo tanto, el trastorno de personalidad antisocial puede considerarse un factor de riesgo para el trastorno pedófilo en hombres con pedofilia.

Ambiental. Los hombres adultos con pedofilia a veces informan que fueron abusados sexualmente cuando eran niños. Sin embargo, no está claro si esta correlación refleja una influencia causal del abuso sexual infantil en la pedofilia adulta.

Genético y fisiológico. Dado que la pedofilia es una condición necesaria para el trastorno de pedofilia, cualquier factor que aumente la probabilidad de pedofilia también aumenta el riesgo de trastorno de pedofilia. Hay alguna evidencia de que

la perturbación del neurodesarrollo en el útero aumenta la probabilidad de desarrollo de un interés pedófilo.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las medidas de laboratorio de interés sexual, en términos de respuestas psicofisiológicas a estímulos sexuales que representan a niños, que a veces son útiles para diagnosticar el trastorno pedófilo en los hombres, no son necesariamente útiles para diagnosticar este trastorno en las mujeres porque ha habido investigación muy limitada sobre la evaluación del interés sexual pedófilo en las mujeres.

Marcadores de diagnóstico

Las medidas psicofisiológicas del interés sexual a veces pueden ser útiles cuando la historia de un individuo sugiere la posible presencia de un trastorno pedófilo pero el individuo niega una atracción fuerte o preferencial por los niños. La medida más investigada y utilizada durante más tiempo es **la pletismografía peneana**, aunque la sensibilidad y la especificidad del diagnóstico pueden variar según los sitios, que con frecuencia utilizan diferentes estímulos, procedimientos y puntuaciones. **El tiempo de visualización**, el uso de fotografías de personas desnudas o mínimamente vestidas como estímulos visuales, también se utiliza para diagnosticar el trastorno de pedofilia, especialmente en combinación con medidas de autoinforme.

Sin embargo, los médicos de EE. UU. deben ser conscientes de que la posesión de estímulos sexuales visuales que representan a niños, incluso con fines de diagnóstico, puede violar la ley estadounidense con respecto a la posesión de pornografía infantil y dejar al médico susceptible de enjuiciamiento penal. Existe la opción de utilizar estímulos de audio que describen las interacciones sexuales en la pletismografía peneana. En todos los métodos psicofisiológicos, el marcador de diagnóstico es la respuesta sexual relativa a los estímulos que representan a niños en comparación con los estímulos que representan a adultos, en lugar de la respuesta absoluta a los estímulos de niños.

Diagnóstico diferencial

Pedofilia. Las personas con pedofilia experimentan fantasías o impulsos sexuales recurrentes, intensos y sexualmente excitantes que involucran actividad sexual con un niño o niños preadolescentes. A menos que el individuo haya actuado sobre estos impulsos sexuales con un niño prepúber o a menos que los impulsos sexuales o

las fantasías causan angustia marcada o dificultad interpersonal, no se justifica un diagnóstico de trastorno pedófilo.

Otros trastornos parafílicos. A veces, los individuos se presentan con un trastorno parafílico diferente, pero se derivan para una evaluación con respecto a un posible trastorno pedófilo (p. ej., cuando un individuo con un diagnóstico de trastorno exhibicionista se expone tanto a niños como a adultos). En algunos casos, ambos diagnósticos pueden aplicarse, mientras que en otros, puede ser que un diagnóstico de trastorno parafílico sea suficiente. Por ejemplo, un individuo que se expone exclusivamente a niños preadolescentes puede tener tanto un trastorno exhibicionista como un trastorno pedófilo, mientras que otro individuo que se expone a las víctimas, independientemente de la edad de las víctimas, puede considerarse que solo tiene un trastorno exhibicionista.

Desorden de personalidad antisocial. Algunas personas con trastorno de personalidad antisocial abusan sexualmente de niños, lo que refleja el hecho de que la presencia de trastorno de personalidad antisocial aumenta la probabilidad de que una persona que se siente atraída principalmente por personas maduras se acerque sexualmente a un niño, sobre la base del acceso relativo al niño. Solo se debe considerar un diagnóstico adicional de trastorno pedófilo si hay evidencia de que durante un período de al menos 6 meses, el individuo también ha tenido fantasías, impulsos sexuales o comportamientos que involucran actividad sexual con un niño prepúber recurrentes, intensos y sexualmente excitantes.

796

Intoxicación por sustancias. Los efectos desinhibidores de la intoxicación por sustancias también pueden aumentar la probabilidad de que un individuo que se siente atraído principalmente por personas maduras se acerque sexualmente a un niño.

Desorden obsesivo compulsivo. Hay individuos ocasionales que quejarse de pensamientos ego-distónicos y preocupaciones sobre la posible atracción por los niños. La entrevista clínica generalmente revela una ausencia de sentimientos positivos sobre estos pensamientos, ninguna conexión entre estos pensamientos y el comportamiento sexual (p. ej., masturbarse con estos pensamientos) y, a veces, ideas sexuales intrusivas egodistónicas adicionales (p. ej., preocupaciones sobre la homosexualidad).

Comorbilidad La

comorbilidad psiquiátrica del trastorno pedófilo incluye trastornos por consumo de sustancias; trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad; desorden de personalidad antisocial; y otros trastornos parafílicos. Sin embargo, los hallazgos sobre trastornos comórbidos se encuentran en gran medida entre personas condenadas por delitos sexuales que involucran a niños (casi todos hombres) y pueden no ser generalizables a otras personas con trastorno pedófilo (p. ej., personas que nunca se han acercado sexualmente a un niño pero que califican para el diagnóstico de trastorno pedófilo sobre la base de la angustia subjetiva).

Trastorno fetichista

Criterios de diagnóstico

F65.0

- A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por el uso de objetos sin vida o un enfoque muy específico en partes del cuerpo no genitales, manifestado por fantasías, impulsos o comportamientos.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los objetos fetichistas no se limitan a prendas de vestir usadas para el travestismo (como en el trastorno de travestismo) o dispositivos diseñados específicamente para el propósito de estimulación genital táctil (p. ej., vibrador).

Especifique:

Parte(s) del cuerpo

Objeto(s) sin vida

Otro

Especificación:

En un entorno controlado: este especificador se aplica principalmente a las personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo

donde las oportunidades de involucrarse en comportamientos fetichistas están restringidas.

En remisión total: no ha habido angustia o deterioro social, laboral u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años en un entorno no controlado.

Especificadores

Aunque las personas con trastorno fetichista pueden informar una excitación sexual intensa y recurrente hacia objetos inanimados o una parte específica del cuerpo, no es inusual que ocurran combinaciones no mutuamente excluyentes de intereses sexuales fetichistas. Por lo tanto, un individuo puede tener un trastorno fetichista asociado con un objeto inanimado (p. ej., ropa interior femenina) o un enfoque exclusivo en una parte del cuerpo intensamente erotizada (p. ej., pies, cabello), o su interés fetichista puede cumplir los criterios para varias combinaciones de estos especificadores (por ejemplo, calcetines, zapatos y pies).

797

Características diagnósticas

El foco parafílico del trastorno fetichista implica el uso persistente y repetitivo o la dependencia de objetos inanimados o un foco muy específico en una parte del cuerpo (típicamente no genital) como elemento principal asociado con la excitación sexual (Criterio A). Un diagnóstico de trastorno fetichista debe incluir malestar personal clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento (Criterio B).

Los objetos fetichistas comunes incluyen ropa interior femenina, calzado masculino o femenino, artículos de goma, ropa de cuero, pañales u otras prendas de vestir.

Las partes del cuerpo altamente erotizadas asociadas con el trastorno fetichista incluyen los pies, los dedos de los pies y el cabello. No es raro que los fetiches sexualizados incluyan tanto objetos inanimados como partes del cuerpo (p. ej., calcetines y pies sucios), y por esta razón la definición de trastorno fetichista ahora reincorpora el **parcialismo** (es decir, un enfoque exclusivo en una parte del cuerpo) en sus fronteras. El parcialismo, previamente considerado en el DSM-IV-TR como una parafilia no

especificado de otra manera, históricamente había sido subsumido en el fetichismo antes del DSM-III.

Muchas personas que se identifican a sí mismas como practicantes de fetichismo no necesariamente reportan un deterioro clínico en asociación con sus comportamientos asociados con el fetichismo. Se podría considerar que tales individuos tienen un interés sexual fetichista (es decir, una excitación sexual intensa y recurrente por el uso de objetos no vivos o un enfoque muy específico en una parte del cuerpo no genital, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos), pero no trastorno fetichista. Un diagnóstico de trastorno fetichista requiere el cumplimiento simultáneo de las conductas del Criterio A y la angustia clínicamente significativa o el deterioro del funcionamiento señalado en el Criterio B.

Funciones asociadas

El trastorno fetichista puede ser una experiencia multisensorial, que incluye sostener, probar, frotar, insertar u oler el objeto fetiche mientras se masturba, o preferir que una pareja sexual use o use un objeto fetiche durante los encuentros sexuales. Cabe señalar que muchas personas con intereses sexuales fetichistas también disfrutan de experiencias sexuales con su(s) pareja(s) sin utilizar su objeto fetiche. Sin embargo, también se debe tener en cuenta que las personas con un interés sexual fetichista a menudo encuentran que las experiencias sexuales que involucran su objeto fetiche son más satisfactorias sexualmente que la experiencia sexual sin él. Y para una minoría de personas con un interés sexual fetichista, su objeto fetiche es obligatorio para excitarse y/o satisfacerse sexualmente. Algunas personas pueden adquirir extensas colecciones de objetos fetiche muy deseados.

Desarrollo y curso

Por lo general, las parafilias comienzan durante la pubertad, pero los intereses sexuales fetichistas pueden desarrollarse antes de la adolescencia. Una vez establecido, el trastorno fetichista tiende a tener un curso continuo que fluctúa en intensidad y frecuencia de impulsos o comportamiento.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

El conocimiento y la consideración apropiada de los aspectos normativos del comportamiento sexual son factores importantes a explorar para establecer un diagnóstico clínico de trastorno fetichista y para distinguir un diagnóstico clínico de un comportamiento sexual socialmente aceptable.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Los comportamientos fetichistas se han informado más en los hombres, pero también ocurren en las mujeres. Esta diferencia de género es menor para la fantasía fetichista que para el comportamiento fetichista real. En muestras clínicas, el trastorno fetichista se informa casi exclusivamente en hombres.

Consecuencias funcionales del trastorno fetichista

Las deficiencias típicas asociadas con el trastorno fetichista incluyen la disfunción sexual durante las relaciones románticas recíprocas cuando el objeto fetiche preferido o la parte del cuerpo es

798

no disponible durante los juegos previos o el coito. Algunas personas con trastorno fetichista pueden preferir la actividad sexual solitaria asociada con su(s) preferencia(s) fetichista(s) incluso cuando están involucrados en una relación recíproca y afectiva significativa.

Diagnóstico diferencial

Trastorno travesti. El vecino diagnóstico más cercano del trastorno fetichista es el trastorno travesti. Como se señala en los criterios diagnósticos, el trastorno fetichista no se diagnostica cuando los objetos fetichistas se limitan a prendas de vestir que se usan exclusivamente durante el travestismo (como en el trastorno travesti), o cuando el objeto estimula los genitales porque ha sido diseñado para ese propósito (ej., un vibrador).

Trastorno de masoquismo sexual u otros trastornos parafílicos

El

trastorno puede coexistir con otros trastornos parafílicos, especialmente el comportamiento o los intereses sadomasoquistas y el trastorno travesti. Cuando un individuo fantasea con el “travestismo forzado” o se involucra en él y está sexualmente excitado principalmente por la dominación o humillación asociada con tal fantasía o

actividad repetitiva y experimenta angustia o deterioro funcional, se debe realizar el diagnóstico de trastorno de masoquismo sexual.

Fetichismo. El uso de un objeto fetichista para la excitación sexual (fetichismo) sin ningún tipo de angustia asociada o deterioro del rol psicosocial u otra consecuencia adversa no cumpliría los criterios para el trastorno fetichista, ya que no se cumpliría el umbral requerido por el Criterio B. Por ejemplo, un individuo cuya pareja sexual comparte o puede incorporar con éxito su interés por acariciar, oler o lamer los pies o los dedos de los pies como un elemento importante de los juegos previos no sería diagnosticado con un trastorno fetichista; tampoco lo haría un individuo que prefiera, y no esté angustiado o afectado por, el comportamiento sexual solitario asociado con el uso de prendas de goma o botas de cuero.

Comorbilidad EI

trastorno fetichista puede coexistir con otros trastornos parafílicos, así como con la hipersexualidad. En raras ocasiones, el trastorno fetichista puede estar asociado con afecciones neurológicas.

Trastorno Travesti

Criterios de diagnóstico

F65.1

- A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual recurrente e intensa por travestismo, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar

si: **Con fetichismo:** Si se excita sexualmente con telas, materiales o prendas.

Con autoginefilia: si se excita sexualmente por pensamientos o imágenes de sí misma como mujer.

Especifique

si: **En un entorno controlado:** este especificador se aplica principalmente a las personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades para travestirse están restringidas.

En remisión total: no ha habido angustia o deterioro social, laboral u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años en un entorno no controlado.

799

Especificadores La presencia de fetichismo disminuye la probabilidad de disforia de género en hombres con trastorno travesti. La presencia de autoginefilia aumenta la probabilidad de disforia de género en hombres con trastorno travesti.

Características diagnósticas

El diagnóstico de trastorno travesti no se aplica a todas las personas que se visten como el sexo opuesto, incluso a aquellas que lo hacen habitualmente. Se aplica a las personas cuyo travestismo o pensamientos de travestismo siempre o con frecuencia van acompañados de excitación sexual (Criterio A) y que están emocionalmente angustiados por este patrón o para quienes perjudica su funcionamiento social o interpersonal (Criterio B). El travestismo puede involucrar solo una o dos prendas de vestir (por ejemplo, para los hombres, puede pertenecer solo a la ropa interior de las mujeres), o puede involucrar vestirse completamente con las prendas internas y externas del otro sexo y (en los hombres) puede incluir el uso de pelucas y maquillaje de mujer. La excitación sexual, en su forma más obvia de erección del pene, puede coexistir con el travestismo de varias maneras. En los hombres más jóvenes, el travestismo a menudo conduce a la masturbación, después de lo cual se quita la ropa de mujer. Los hombres mayores a menudo aprenden a evitar masturbarse o hacer cualquier cosa para estimular el pene, de modo que evitar la eyaculación les permite prolongar su sesión de travestismo. Hombres y mujeres a veces completan una sesión de trave-

con sus parejas, y algunos tienen dificultad para mantener suficiente excitación sexual para la actividad sexual sin travestismo (o tener fantasías privadas de travestismo).

La evaluación clínica de la angustia o el deterioro, al igual que la evaluación clínica de la excitación sexual travesti, generalmente depende del autoinforme del individuo. El patrón de comportamiento de “purga y adquisición” a menudo indica la presencia de angustia en individuos con trastorno travesti. Durante este patrón de comportamiento, una persona (normalmente un hombre) que ha gastado una gran cantidad de dinero en ropa de mujer y otras prendas (p. ej., zapatos, pelucas) desecha los artículos (es decir, los purga) en un esfuerzo por superar los impulsos de cruzar. -vestido, y luego comienza a adquirir el guardarropa de una mujer de nuevo.

Funciones asociadas

El trastorno de travestismo en los hombres suele ir acompañado de **autoginefilia** (es decir, la tendencia parafílica de un hombre a excitarse sexualmente con el pensamiento o la imagen de sí mismo como mujer). Las fantasías y los comportamientos autoginefílicos pueden centrarse en la idea de exhibir funciones fisiológicas femeninas (p. ej., lactancia, menstruación), participar en un comportamiento estereotipado femenino (p. ej., tejer) o poseer una anatomía femenina (p. ej., senos).

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno travesti; sin embargo, parece ser mucho más frecuente en hombres que en mujeres. Menos del 3% de los hombres suecos informan haberse excitado sexualmente al vestir ropa de mujer. El porcentaje de personas que se han travestido con excitación sexual más de una o varias veces en su vida sería aún menor.

Desarrollo y curso

En los hombres,

los primeros signos de trastorno travesti pueden comenzar en la infancia, en forma de una fuerte fascinación por un elemento particular del atuendo femenino. Antes de la pubertad, el travestismo produce sentimientos generalizados de excitación placentera. Con la llegada de la pubertad, vestirse con ropa de mujer comienza a provocar la erección del pene y, en algunos casos, conduce directamente a la primera eyaculación.

En muchos casos, el travestismo provoca cada vez menos excitación sexual a medida que el individuo envejece; eventualmente puede no producir ninguna respuesta perceptible del pene. El deseo de travestirse, al mismo tiempo, sigue siendo el mismo o se hace aún más fuerte.

800

Las personas que reportan tal disminución de la respuesta sexual generalmente informan que la excitación sexual del travestismo ha sido reemplazada por sentimientos de comodidad o bienestar.

En algunos casos, el curso del trastorno travesti es continuo y en otros es episódico. No es raro que los hombres con trastorno de travestismo pierdan interés en el travestismo cuando se enamoran por primera vez de una mujer y comienzan una relación, pero tal disminución suele ser temporal. Cuando regresa el deseo de travestirse, también lo hace la angustia asociada.

Algunos casos de trastorno travesti progresan a disforia de género. Los hombres en estos casos, que pueden ser indistinguibles de otros con trastorno travesti en la adolescencia o la primera infancia, desarrollan gradualmente deseos de permanecer en el papel de la mujer por períodos más largos y de feminizar su anatomía. El desarrollo de la disforia de género suele ir acompañado de una reducción o eliminación (autoinformada) de la excitación sexual en asociación con el travestismo.

La manifestación del travestismo en la erección y estimulación del pene, al igual que la manifestación de otros intereses sexuales tanto parafílicos como no parafílicos, es más intensa en la adolescencia y la adulterio temprana. La gravedad del trastorno travesti es más alta en la edad adulta, cuando es más probable que los impulsos travesti entren en conflicto con el desempeño en las relaciones heterosexuales y los deseos de casarse y formar una familia. Los hombres de mediana edad y mayores con antecedentes de travestismo tienen menos probabilidades de presentar un trastorno de travestismo que disforia de género.

Consecuencias funcionales del trastorno travestí Participar en conductas travestí puede interferir o perjudicar las relaciones heterosexuales. Esto puede ser una fuente de angustia para los hombres que desean mantener matrimonios convencionales o parejas románticas con mujeres.

Diagnóstico diferencial Las

Travestismo. personas con travestismo experimentan una excitación sexual intensa y recurrente debido al travestismo. A menos que las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos relacionados con el travestismo vayan acompañados de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, no se justifica un diagnóstico de trastorno travesti.

Trastorno fetichista. Este trastorno puede parecerse al trastorno travesti, en particular, en hombres con fetichismo que se ponen ropa interior de mujeres mientras se masturban con ellas. Distinguir el trastorno travesti depende de los pensamientos específicos del individuo durante dicha actividad (p. ej., ¿tiene alguna idea de ser mujer, ser como una mujer o estar vestido como mujer?) y de la presencia de otros fetiches (p. ej., suave, sedoso tejidos, tanto si se utilizan para prendas de vestir como para otra cosa).

Disforia de género. Las personas con trastorno travesti no informan una incongruencia entre su género experimentado y su género asignado o un deseo de ser del otro género; y, por lo general, no tienen antecedentes de comportamientos de género cruzado en la infancia, que estarían presentes en personas con disforia de género. Las personas con una presentación que cumple con todos los criterios para el trastorno travesti, así como para la disforia de género, deben recibir ambos diagnósticos.

Comorbilidad El

trastorno transvésico se encuentra a menudo en asociación con otras parafiliais.

Las parafiliais concurrentes más frecuentes son los intereses o comportamientos sexuales fetichistas y los intereses o comportamientos sexuales masoquistas. Una forma particularmente peligrosa de intereses o comportamientos sexuales masoquistas, la **asfixia autoerótica**, está asociada con intereses o comportamientos sexuales travesti en una proporción sustancial de casos fatales.

F65.89

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos parafílicos. . La categoría de otro trastorno parafílico especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno parafílico específico. Esto se hace registrando “otro trastorno parafílico especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “zoofilia”).

Los ejemplos de presentaciones que se pueden especificar con la designación "otro especificado" incluyen, entre otros, excitación sexual intensa y recurrente que involucra **escatología telefónica** (llamadas telefónicas obscenas), **necrofilia** (cadáveres), **zoofilia** (animales), **coprofilia** (heces) , **klismafilia** (enemas) o **urofilia** (orina) que ha estado presente durante al menos 6 meses y causa malestar marcado o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento. Otro trastorno parafílico especificado se puede especificar como en remisión y/o como que ocurre en un ambiente controlado.

Trastorno parafílico no especificado

F65.9

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos parafílicos. . La categoría de trastorno parafílico no especificado es

se utiliza en situaciones en las que el médico opta por *no* especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno parafílico específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Otros Trastornos Mentales y Códigos adicionales

Este capítulo proporciona códigos de diagnóstico para presentaciones psiquiátricas que son trastornos mentales (es decir, los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento) pero que no cumplen con los requisitos de diagnóstico para ninguno de los trastornos mentales en el anterior. Sección II Capítulos. Estos códigos permiten la documentación y codificación de estos trastornos mentales que de otro modo no serían clasificados. Este capítulo también incluye un código adicional, "Sin diagnóstico o condición", para situaciones en las que se ha evaluado al individuo y se determina que no presenta ningún trastorno o condición mental.

Las categorías 1) otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica y 2) trastorno mental no especificado debido a otra afección médica son para presentaciones en las que se ha determinado que los síntomas psiquiátricos (p. ej., síntomas disociativos) son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, pero no cumple con los criterios de diagnóstico de ninguno de los trastornos mentales anteriores de la Sección II debido a otra afección médica. Para el diagnóstico de otro trastorno mental especificado o no especificado debido a otra afección médica, es necesario codificar y enumerar primero la afección médica (p. ej., enfermedad por VIH B20), seguido del código aplicable para otro trastorno mental especificado o no especificado debido a otra afección médica. otra condición médica.

Las categorías 1) otro trastorno mental especificado y 2) trastorno mental no especificado son categorías residuales que se utilizan cuando se cumplen todas las siguientes consideraciones: la presentación psiquiátrica es un trastorno mental (es decir, los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, u otras áreas importantes de funcionamiento); la presentación no cumple con los criterios de diagnóstico para ninguno de los trastornos mentales específicos

trastornos en la Sección II; la presentación tampoco cumple con los requisitos de definición de ninguna de las otras categorías de trastornos mentales especificadas y no especificadas presentadas en la Sección II; y no se aplica ningún otro diagnóstico de trastorno mental.

Como es el caso con otras categorías especificadas y no especificadas a lo largo del DSM-5, la otra categoría especificada se usa cuando el médico elige especificar la razón específica por la cual la presentación no cumple con los criterios de ninguna de las categorías existentes (p. ej., otro trastorno mental especificado). trastorno debido a convulsiones parciales complejas, con síntomas disociativos), y la categoría no especificada se utiliza cuando el médico opta por no especificar el motivo.

Otro trastorno mental especificado debido a Otra condición médica

F06.8

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental debido a otra afección médica que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con todos los criterios para ningún trastorno mental específico atribuible a otro medico

804

condición. La categoría de otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno mental específico atribuible a otra afección médica. Esto se hace registrando el nombre del trastorno, con la afección médica etiológica específica insertada en lugar de “otra afección médica”, seguida de la manifestación sintomática específica que no

cumplen los criterios para cualquier trastorno mental específico debido a otra condición médica. Además, el código de diagnóstico de la afección médica específica debe figurar inmediatamente antes del código del otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica. Por ejemplo, los síntomas disociativos debidos a crisis parciales complejas se codificarían y registrarían como G40.209 crisis parciales complejas, F06.8 otro trastorno mental especificado debido a crisis parciales complejas, síntomas disociativos.

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar usando la designación “otro especificado” es el siguiente: **Síntomas disociativos:**

Esto incluye síntomas que ocurren, por ejemplo, en el contexto de convulsiones parciales complejas.

805

Trastorno mental no especificado debido a otro Condición médica

F09

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental debido a otra afección médica que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno mental específico debido a otra condición médica. La categoría de trastorno mental no especificado debido a otra afección médica se utiliza en situaciones en las que el médico elige **no** especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno mental específico debido a otra afección médica, e incluye presentaciones para las que no hay información suficiente. para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en la sala de urgencias). Esto se hace registrando el nombre del trastorno, con el nombre específico

condición médica etiológica insertada en lugar de “otra condición médica”. Además, el código de diagnóstico de la afección médica específica debe figurar inmediatamente antes del código del trastorno mental no especificado debido a otra afección médica.

Por ejemplo, los síntomas disociativos debidos a crisis parciales complejas se codificarían y registrarían como G40.209 crisis parciales complejas, F09 trastorno mental no especificado debido a crisis parciales complejas.

Otro trastorno mental especificado

F99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno mental específico. La categoría de otro trastorno mental especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno mental específico. Esto se hace registrando “otro trastorno mental especificado” seguido del motivo específico.

Trastorno mental no especificado

F99

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de cualquier trastorno mental. El trastorno mental no especificado

La categoría se utiliza en situaciones en las que el médico opta por **no** especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno mental específico e incluye presentaciones para las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia). .

Códigos adicionales

Z03.89 Sin diagnóstico o condición Este código se aplica a situaciones en las que la persona ha sido evaluada y se determina que no presenta ningún trastorno o condición mental.

806

Movimiento inducido por medicamentos

Trastornos y Otros Adversos

Efectos de la medicación

Los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos se incluyen en la Sección II debido a su importancia frecuente en 1) el tratamiento con medicamentos de los trastornos mentales u otras afecciones médicas y 2) el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales (p. ej., trastorno de ansiedad frente a acatisia inducida por medicamentos; catatonía maligna [una forma de catatonía particularmente grave y potencialmente mortal] frente al síndrome neuroléptico maligno, discinesia tardía frente a corea). Aunque estos trastornos del movimiento se denominan "inducidos por medicamentos", a menudo es difícil establecer la relación causal entre la exposición al medicamento y el desarrollo del trastorno del movimiento, especialmente porque algunos de estos trastornos del movimiento también ocurren en ausencia de exposición al medicamento. Las condiciones y problemas enumerados en este capítulo no son trastornos m

El término **neuroléptico** se está volviendo obsoleto porque destaca la propensión de los medicamentos antipsicóticos a causar movimientos anormales y se está reemplazando con el término **medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina** en muchos contextos. Aunque es menos probable que los medicamentos antipsicóticos más nuevos causen algunos trastornos del movimiento inducidos por medicamentos, esos trastornos aún ocurren. Los medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina incluyen los llamados agentes antipsicóticos convencionales, "típicos" o de primera generación (p. ej., clorpromazina, haloperidol, flufenazina); agentes antipsicóticos "atípicos" o de segunda generación (p. ej., clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina); Ciertos fármacos bloqueadores de los receptores de dopamina utilizados en el tratamiento de síntomas co

prometazina, trimetobenzamida, tietilperazina, metoclopramida); y amoxapina, que está indicada para el tratamiento de la depresión.

Parkinsonismo inducido por medicamentos

G21.11 Parkinsonismo inducido por fármacos antipsicóticos y otros bloqueadores de los receptores de dopamina

G21.19 Otro parkinsonismo inducido por medicación

El parkinsonismo inducido por medicamentos (MIP, por sus siglas en inglés), la segunda causa más común de parkinsonismo después de la enfermedad de Parkinson, se asocia con una morbilidad significativa, discapacidad y falta de adherencia al tratamiento, particularmente en personas con trastornos psiquiátricos. Debido a que el reconocimiento temprano es importante, cualquier caso nuevo de parkinsonismo debe impulsar un historial de medicamentos completo, que es esencial para el diagnóstico de MIP. Debe ser evidente una relación temporal entre el inicio de la medicación y la aparición del parkinsonismo. Una gran cantidad de agentes que se pueden prescribir en personas con trastornos psiquiátricos también pueden inducir parkinsonismo, pero la MIP se observa con mayor frecuencia tras la exposición a medicamentos antipsicóticos que bloquean los receptores de dopamina D₂. La MIP ocurre en tasas más altas con antipsicóticos que tienen una potencia más alta para el receptor de dopamina D₂, como haloperidol, flufenazina y risperidona, pero no hay

808

diferencias en las características clínicas del parkinsonismo entre los antipsicóticos de primera y segunda generación.

Otros medicamentos que pueden causar MIP incluyen antagonistas de los canales de calcio (p. ej., flunarizina, cinarizina), depletores de dopamina (p. ej., reserpina, tetrabenazina), antiepilepticos (p. ej., fenitoína, valproato, levetiracetam), antidepresivos (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, monoamino oxidasa inhibidores), litio, fármacos quimioterapéuticos (p. ej., arabinósido de cistosina, ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina, paclitaxel, etopósido) e inmunosupresores (p. ej., ciclosporina,

tacrolímus). Las toxinas (p. ej., 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina [MPTP], pesticidas organofosforados, manganeso, metanol, cianuro, monóxido de carbono y disulfuro de carbono) también pueden causar MIP.

El curso de tiempo para el desarrollo de MIP varía. Por lo general, MIP se desarrolla algunas semanas después de comenzar o aumentar la dosis de un medicamento que se sabe que causa parkinsonismo o después de reducir un medicamento antiparkinsoniano (p. ej., un agente anticolinérgico) que se usa para tratar o prevenir la distonía o los síntomas parkinsonianos inducidos por medicamentos. Sin embargo, MIP también puede desarrollarse rápidamente después de comenzar o aumentar la dosis de un medicamento o tener un inicio insidioso después de muchos meses de exposición. Con medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina, la MIP generalmente se desarrolla de 2 a 4 semanas después de comenzar con el medicamento y, por lo general, a los 3 meses. Principalmente con bloqueadores de los canales de calcio, se informa un segundo pico de aparición de síntomas después de aproximadamente 1 año.

Las tasas informadas de MIP se ven afectadas por la ausencia de criterios de diagnóstico estándar, diagnóstico incorrecto o atribución errónea de signos de MIP a la enfermedad de cuerpos de Lewy (p. ej., enfermedad de Parkinson) o una afección psiquiátrica, y la falta general de reconocimiento, especialmente en los casos más leves. Se estima que al menos el 50% de los pacientes ambulatorios que reciben tratamiento antipsicótico a largo plazo con agentes típicos desarrollan signos o síntomas parkinsonianos en algún momento del curso del tratamiento.

No existen características clínicas que distingan de forma fiable la MIP de la enfermedad de Parkinson. Debido a que los signos y síntomas motores en la enfermedad de Parkinson comienzan de manera unilateral y progresan de manera asimétrica, el inicio subagudo del parkinsonismo bilateral dentro de las semanas posteriores al inicio de un antipsicótico u otro agente causante de MIP es altamente sugestivo de MIP. Los signos parkinsonianos suelen ser simétricos en MIP, pero los patrones asimétricos no son infrecuentes y no deben excluir el diagnóstico de MIP. Además, el curso y la presentación del parkinsonismo no deberían explicarse mejor por fenómenos psiquiátricos, como la catatonía, los síntomas negativos de la esquizofrenia o el retraso psicomotor en un episodio depresivo mayor; otros trastornos del movimiento inducidos por medicamentos no parkinsonianos; otra afección neurológica o médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedad de Wilson); o enfermedad de Parkinson exacerbada por antipsicóticos.

En MIP, la rigidez y la bradicinesia están presentes con mayor frecuencia, mientras que el temblor es algo menos común y puede estar ausente. temblor parkinsoniano,

También conocido como “temblor de rodadura de pastillas”, es un movimiento oscilatorio rítmico y constante (3 a 6 ciclos por segundo) que es evidente en reposo y suele ser más lento que otros temblores. Puede ser intermitente, unilateral o bilateral, o depender de la posición de las extremidades (es decir, temblor posicional). El temblor puede afectar las extremidades, la cabeza, la mandíbula, la boca, los labios (“síndrome del conejo”) o la lengua. Como está presente en reposo, el temblor se puede suprimir, especialmente cuando el individuo intenta realizar una tarea con la extremidad trémula. Los individuos pueden describir el temblor como “sacudidas” e informar que puede empeorar con la ansiedad, el estrés o la fatiga.

La rigidez parkinsoniana se experimenta como una rigidez e inflexibilidad involuntaria de los músculos de las extremidades, los hombros, el cuello o el tronco. La rigidez se evalúa evaluando el tono muscular o la cantidad de resistencia presente cuando el examinador mueve una extremidad (y estira los músculos) pasivamente alrededor de una articulación. En la rigidez en tubo de plomo, el aumento del tono es constante en todo el rango de movimiento (en contraste con la espasticidad por rigidez en navaja). Se cree que la rigidez en rueda dentada representa un temblor superpuesto a la rigidez. Más común en las muñecas y los codos, se experimenta como una resistencia rítmica similar a un trinquete (rueda dentada) cuando los músculos se mueven pasivamente alrededor de una articulación. Las personas con rigidez parkinsoniana pueden

809

se quejan de sensibilidad o rigidez muscular generalizada, opresión en las extremidades, dolor muscular o articular, dolor corporal o falta de coordinación.

La bradicinesia y la acinesia son estados observables de actividad motora espontánea disminuida o ausente, respectivamente. Hay una desaceleración global, así como una lentitud en la iniciación y ejecución de movimientos. Los comportamientos cotidianos (p. ej., arreglarse) pueden ser difíciles de realizar con normalidad y pueden reducirse. Los individuos pueden quejarse de apatía, falta de espontaneidad e impulso, o fatiga. La rigidez parkinsoniana y la bradicinesia se manifiestan como anomalías de la marcha, incluida la disminución de la longitud de la zancada, el balanceo de los brazos o la espontaneidad general de la marcha. Otros signos incluyen una postura encorvada con el cuello doblado y los hombros caídos, una expresión facial fija y pequeños pasos arrastrando los pies. El babeo puede surgir como resultado de la reducción de la actividad motora faríngea y de la deglución, pero debido a las propiedades anticolinérgicas de estos

medicamentos, puede ser menos común en el parkinsonismo inducido por antipsicóticos en comparación con otros medicamentos que causan MIP.

MIP se asocia con mayor disfunción de la marcha, caídas y colocación en hogares de ancianos. Como tal, MIP es un trastorno del movimiento iatrogénico grave en personas mayores que justifica el reconocimiento y el diagnóstico temprano. Los síntomas conductuales asociados pueden incluir depresión y empeoramiento de los signos negativos de la esquizofrenia. Otros signos y síntomas parkinsonianos incluyen letra pequeña (micrografía), destreza motora reducida, hipofonía, reflejo nauseoso disminuido, disfagia, inestabilidad postural, expresión facial y parpadeo reducidos, y seborrea. Cuando el parkinsonismo se asocia con una disminución grave de la actividad motora, las complicaciones médicas del parkinsonismo incluyen contracturas, escaras, embolia pulmonar, incontinencia urinaria, neumonía por aspiración, pérdida de peso y fracturas de cadera.

Los factores de riesgo consistentes son sexo femenino, edad avanzada, deterioro cognitivo, otras condiciones neurológicas concurrentes, infección por VIH, antecedentes familiares de enfermedad de Parkinson y enfermedad psiquiátrica grave. También se informa MIP secundaria al uso de antipsicóticos en niños. El riesgo de MIP se reduce si las personas toman medicamentos anticolinérgicos.

Diagnóstico diferencial La

enfermedad de Parkinson y las condiciones de Parkinson plus, como la atrofia multisistémica, la parálisis supranuclear progresiva y la enfermedad de Wilson, se distinguen de la MIP por sus otros signos y síntomas que acompañan al parkinsonismo. Por ejemplo, la enfermedad de Parkinson se sugiere por la evidencia de tres o más características cardinales de la enfermedad de Parkinson (p. ej., temblor en reposo, rigidez, bradicinesia, inestabilidad postural), hiposmia, trastornos del sueño como el trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y trastornos urinarios. y otros síntomas autonómicos comunes a la enfermedad de Parkinson. Es menos probable que estas características estén presentes en MIP. Las personas con causas neurológicas primarias de parkinsonismo también son susceptibles de empeorar los síntomas si se tratan con medicamentos que causan MIP.

Los temblores no parkinsonianos tienden a ser más finos (p. ej., de menor amplitud) y más rápidos (10 ciclos por segundo) y empeoran con la intención (p. ej., al estirar la mano para agarrar un objeto). Con la abstinencia de sustancias, suele haber hiperreflexia asociada y aumento de los signos autonómicos. en el cerebelo

enfermedad, el temblor empeora intencionalmente y puede estar asociado con nistagmo, ataxia o exploración del habla. Los movimientos coreiformes asociados con la discinesia tardía carecen de la ritmicidad constante de un temblor parkinsoniano. Los accidentes cerebrovasculares y otras lesiones del sistema nervioso central pueden causar signos neurológicos focales o inmovilidad por parálisis flácida o espástica, que se caracteriza por disminución de la fuerza muscular y aumento del tono en el movimiento pasivo que cede con más presión (es decir, rigidez). Esto contrasta con la rigidez del tubo de plomo y la fuerza muscular normal en MIP.

Los antecedentes familiares de una afección neurológica hereditaria, el parkinsonismo rápidamente progresivo no explicado por cambios psicofarmacológicos recientes, o la presencia de signos neurológicos focales (p. ej., signos de liberación frontal, anomalías de los nervios craneales, un signo de Babinski positivo) también sugieren alternativas diagnósticas a la MIP. . El síndrome neuroléptico maligno implica acinesia y rigidez graves, pero también hallazgos físicos y de laboratorio característicos (p. ej., fiebre, aumento de la creatina fosfocinasa).

810

La ralentización psicomotora, la inactividad y la apatía que se observan en el trastorno depresivo mayor pueden ser indistinguibles de la lentitud motora o la acinesia de la MIP, pero es más probable que el trastorno depresivo mayor incluya signos vegetativos (p. ej., despertar temprano en la mañana), desesperanza y desesperación. Los síntomas negativos de la esquizofrenia, la catatonía asociada con la esquizofrenia o los trastornos del estado de ánimo con características catatónicas también pueden ser difíciles de distinguir de la acinesia inducida por medicamentos. La rigidez también puede manifestarse en trastornos psicóticos, delirio, trastorno neurocognitivo mayor, trastornos de ansiedad y trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). En la rigidez parkinsoniana, la resistencia al movimiento pasivo es constante en todo el rango de movimiento, mientras que es inconsistente en los trastornos psiquiátricos u otras condiciones neurológicas que se presentan con rigidez. En general, la constelación de signos físicos asociados en el examen y síntomas asociados con el temblor, la rigidez y la bradicinesia del parkinsonismo ayuda a distinguir la rigidez y la bradicinesia relacionadas con MIP de otras causas psiquiátricas primarias de rigidez y disminución

Síndrome neuroléptico maligno

G21.0 Síndrome Neuroléptico Maligno

Las personas con síndrome neuroléptico maligno generalmente han estado expuestas a un antagonista de la dopamina dentro de las 72 horas anteriores al desarrollo de los síntomas. La hipertermia ($>100,4^{\circ}\text{F}$ o $>38,0^{\circ}\text{C}$ en al menos dos ocasiones, medida por vía oral), asociada con diaforesis profusa, es una característica distintiva del síndrome neuroléptico maligno, que lo distingue de otros efectos secundarios neurológicos de los medicamentos antipsicóticos y otros receptores de dopamina. agentes bloqueantes. Es más probable que las elevaciones extremas de la temperatura, que reflejan una falla en la termorregulación central, respalden el diagnóstico de síndrome neuroléptico maligno. La rigidez generalizada, descrita como "tubo de plomo" en su forma más grave y que generalmente no responde a los agentes antiparkinsonianos, es una característica cardinal del trastorno y puede estar asociada con otros síntomas neurológicos (p. ej., temblor, sialorrea, acinesia, distonía, trismus, mioclonías), , disartria, disfagia, rabdomiolisis). Con frecuencia se observa una elevación de la creatina quinasa de al menos cuatro veces el límite superior de lo normal. Los cambios en el estado mental, caracterizados por delirio o alteración de la conciencia que van desde el estupor hasta el coma, suelen ser un signo temprano del síndrome neuroléptico maligno. Los individuos afectados pueden parecer alerta pero aturdidos e insensibles, lo que concuerda con el estupor catatónico. Activación e inestabilidad autonómica: manifestada por taquicardia (tasa $> 25\%$ por encima del valor inicial), diaforesis, elevación de la presión arterial (sistólica o diastólica $\geq 25\%$ por encima del valor inicial) o fluctuación (cambio diastólico $\geq 20\text{ mmHg}$ o cambio sistólico $\geq 25\text{ mmHg}$ en 24 horas) , incontinencia urinaria y palidez: pueden verse en cualquier momento, pero proporcionan una pista temprana para el diagnóstico. La taquipnea (tasa $> 50\%$ por encima de la línea de base) es común, y la dificultad respiratoria, que resulta de acidosis metabólica, hipermetabolismo, restricción de la pared torácica, neumonía por aspiración o embolia pulmonar, puede ocurrir y provocar un paro respiratorio repentino.

Aunque varias anomalías de laboratorio están asociadas con el síndrome neuroléptico maligno, ninguna anomalía es específica para el diagnóstico. Las personas con síndrome neuroléptico maligno pueden tener leucocitosis, acidosis metabólica, hipoxia, concentraciones séricas de hierro disminuidas y elevaciones de las enzimas musculares séricas y

catecolaminas. Los hallazgos del análisis de líquido cefalorraquídeo y los estudios de neuroimagen son normales, tecnicamente se genera el diagnóstico de síndrome neuroléptico maligno. Sin embargo, los signos y síntomas pueden ser más sutiles en casos inespecíficos y variables, dependiendo de las complicaciones.

La evidencia de los estudios de bases de datos sugiere tasas de incidencia para el síndrome neuroléptico maligno de 0,01% a 0,02% entre las personas tratadas con antipsicóticos. Un estudio poblacional realizado en Hong Kong encontró un riesgo de incidencia del 0,11 % en personas tratadas con medicación antipsicótica.

811

La progresión temporal de los signos y síntomas proporciona pistas importantes para el diagnóstico y pronóstico del síndrome neuroléptico maligno.

La alteración del estado mental y otros signos neurológicos suelen preceder a los signos sistémicos. El inicio de los síntomas varía de horas a días después del inicio del fármaco. Algunos casos se desarrollan dentro de las 24 horas posteriores al inicio del fármaco, la mayoría dentro de la primera semana y prácticamente todos los casos dentro de los 30 días. Una vez que se diagnostica el síndrome y se suspenden los fármacos antipsicóticos orales y otros bloqueadores de los receptores de dopamina, el síndrome neuroléptico maligno se autolimita en la mayoría de los casos. El tiempo medio de recuperación después de la interrupción del fármaco es de 7 a 10 días, y la mayoría de los individuos se recuperan en 1 semana y casi todos en 30 días. La duración puede prolongarse cuando están implicados medicamentos antipsicóticos de acción prolongada. Ha habido informes de personas en las que los signos neurológicos residuales persistieron durante semanas después de que se resolvieron los síntomas hipermetabólicos agudos. La resolución total de los síntomas se puede obtener en la mayoría de los casos de síndrome neuroléptico maligno; sin embargo, se han informado tasas de mortalidad de 10% a 20% cuando no se reconoce el trastorno. Aunque muchas personas no experimentan una recurrencia del síndrome neuroléptico maligno cuando se les vuelve a exponer con medicación antipsicótica, algunas sí lo hacen, especialmente cuando se reinstituye la medicación antipsicótica poco después de un episodio.

El síndrome neuroléptico maligno es un riesgo potencial en cualquier individuo después de la administración de un medicamento antipsicótico u otro agente bloqueador del receptor de dopamina. No es específico de ningún diagnóstico neuropsiquiátrico y puede ocurrir en personas sin un trastorno mental diagnosticable que

recibir antagonistas de la dopamina. Los factores clínicos, sistémicos y metabólicos asociados con un mayor riesgo de síndrome neuroléptico maligno incluyen agitación, agotamiento, deshidratación y deficiencia de hierro. En 15 a 20% de los casos índice se ha descrito un episodio previo relacionado con medicación antipsicótica y otros bloqueadores de los receptores de dopamina, lo que sugiere una vulnerabilidad subyacente en algunos individuos; sin embargo, los hallazgos genéticos basados en polimorfismos de receptores de neurotransmisores no se han replicado de manera consistente.

Casi todos los medicamentos antipsicóticos y otros bloqueadores de los receptores de dopamina se han asociado con el síndrome neuroléptico maligno, aunque los antipsicóticos de alta potencia presentan un mayor riesgo en comparación con los agentes de baja potencia y los antipsicóticos atípicos. Las formas parciales o más leves pueden estar asociadas con antipsicóticos más nuevos, pero el síndrome neuroléptico maligno varía en gravedad incluso con medicamentos más antiguos. También se han implicado agentes bloqueadores de los receptores de dopamina utilizados en entornos médicos (p. ej., metoclopramida, proclorperazina). Las vías de administración parenteral, las tasas de titulación rápida y las dosis totales más altas del fármaco se han asociado con un mayor riesgo; sin embargo, el síndrome neuroléptico maligno generalmente ocurre dentro del rango de dosis terapéuticas de medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina.

Diagnóstico diferencial El

síndrome neuroléptico maligno debe distinguirse de otras afecciones neurológicas o médicas graves, incluidas infecciones del sistema nervioso central, afecciones inflamatorias o autoinmunes, estado epiléptico, lesiones estructurales subcorticales y afecciones sistémicas (p. ej., feocromocitoma, tirotoxicosis, tétanos, golpe de calor).

El síndrome neuroléptico maligno también debe distinguirse de síndromes similares resultantes del uso de otras sustancias o medicamentos, como el síndrome serotoninérgico; síndrome de hipertermia parkinsoniana después de la interrupción abrupta de los agonistas de la dopamina; abstinencia de alcohol o sedantes; hipertermia maligna que ocurre durante la anestesia; hipertermia asociada con el mal uso de estimulantes y alucinógenos; y envenenamiento por atropina por anticolinérgicos.

En casos raros, las personas con esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo pueden presentar catatonia maligna, que puede ser indistinguible del síndrome neuroléptico maligno. Algunos investigadores consideran que el síndrome neuroléptico maligno es una forma de catatonía maligna inducida por fármacos.

812

Distonía aguda inducida por medicamentos

G24.02 Distonía aguda inducida por medicación

La característica esencial de la distonía aguda inducida por medicamentos son las contracciones musculares anormales sostenidas (aumento del tono muscular) y las posturas que se desarrollan en asociación con el uso de un medicamento que se sabe que causa distonía aguda. Cualquier medicamento que bloquee los receptores tipo D2 de dopamina puede inducir una reacción distónica aguda (ADR). Más comúnmente, las reacciones adversas ocurren después de la exposición a antipsicóticos y agentes antieméticos y promotores. También se informa que una variedad de otras clases de medicamentos han inducido RAM, incluidos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la colinesterasa, los opioides y el metilfenidato.

Las reacciones distónicas varían mucho en gravedad y ubicación y pueden ser focales, segmentadas o generalizadas. Con mayor frecuencia afectan los músculos de la cabeza y el cuello, pero pueden extenderse a las extremidades superiores e inferiores o al tronco. Una presentación común es la distonía oromandibular (mandíbula) aguda que involucra la lengua y la boca con protrusión de la lengua, o posturas boquiabiertas o con muecas que pueden dificultar el habla (disartria) y la deglución (disfagia) y pueden evolucionar hacia un trismo franco (trismo). La afectación de los músculos oculares (crisis oculógira) se manifiesta como desviaciones conjugadas involuntarias forzadas y sostenidas de los ojos hacia arriba, hacia abajo o hacia los lados que pueden durar de minutos a horas.

También puede ocurrir blefaroespasmo. La distonía cervical (cuello) se presenta como posiciones anómalas de la cabeza y el cuello hacia adelante, hacia atrás, laterales o torcidas en relación con el cuerpo (p. ej., antecollis, retrocollis, laterocollis y torticolis). También puede ocurrir distonía focal de extremidades, generalmente más distal que proximal, síndrome de Pisa (flexión lateral del tronco con tendencia a inclinarse hacia un lado) y arqueamiento de la espalda que puede evolucionar a opistotones (arqueamiento hacia atrás de la cabeza, el cuello y la columna). . La distonía laríngea aguda es la vida.

amenazante, causando obstrucción de las vías respiratorias y se manifiesta como un “agarrotamiento de la garganta”, estridor, disfonía, disfagia, disnea y dificultad respiratoria por los efectos de la medicación en las cuerdas vocales y los músculos laringeos.

Al menos el 50% de las personas desarrollan signos o síntomas de RAM dentro de las 24 a 48 horas posteriores al inicio o al aumento rápido de la dosis de medicación antipsicótica u otro agente bloqueante de los receptores de dopamina o de la reducción de una medicación utilizada para tratar o prevenir síntomas extrapiramidales agudos (p. ej., anticolinérgicos). agentes). Aproximadamente el 90 % de las personas afectadas presentan reacciones adversas a los 5 días. Los síntomas no deben explicarse mejor por un trastorno mental (p. ej., catatonía) y no deben deberse a una afección neurológica primaria u otra afección médica, ni a un trastorno del movimiento tardío inducido por medicamentos.

El miedo y la ansiedad a menudo acompañan a las RAM dada su naturaleza intensa, la incapacidad del individuo para controlar o detener los movimientos y, cuando está presente, la dificultad para respirar, hablar o tragarse. Algunas personas experimentan dolor o calambres en los músculos afectados. Las personas que desconocen la posibilidad de desarrollar una distonía inducida por medicamentos pueden sentirse especialmente angustiadas, lo que aumenta la probabilidad de incumplimiento posterior de la medicación. Los trastornos del pensamiento, los delirios o los manierismos en una persona con psicosis pueden hacer que la persona afectada u otras personas consideren erróneamente sus síntomas distónicos como una característica de la afección psiquiátrica, lo que podría conducir a un aumento de las dosis del medicamento causante.

El riesgo de desarrollar RAM es mayor en niños y en adultos menores de 40 años con psicosis, con una mayor incidencia en hombres que en mujeres, tanto en niños como en adultos. Otros factores de riesgo para desarrollar RAM incluyen reacciones distónicas previas a medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina y el uso de medicamentos antipsicóticos típicos de alta potencia.

Diagnóstico diferencial Es

importante distinguir entre las RAM inducidas por medicamentos y otras causas de distonía, especialmente en personas que reciben tratamiento con antipsicóticos u otros medicamentos bloqueadores de los receptores de dopamina. Es evidente una afección neurológica primaria u otra afección médica.

con base en el curso temporal y la evolución de los fenómenos distónicos (p. ej., la distonía precede a la exposición a la medicación antipsicótica o progresiona en ausencia de cambios en la medicación) y, posiblemente, otra evidencia de signos neurológicos focales. Las distonías focales o segmentarias idiopáticas suelen persistir durante varios días o semanas independientemente de la medicación. También puede haber antecedentes familiares de distonía. La distonía tardía secundaria a la exposición a medicamentos, incluidos los medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina, no tiene un inicio agudo y puede volverse evidente cuando se reduce la dosis de un medicamento antipsicótico. Otras afecciones neurológicas (p. ej., ataques epilépticos, infecciones víricas y bacterianas, traumatismos, lesiones que ocupan espacio en el sistema nervioso central o periférico) y endocrinopatías (p. ej., hipoparatiroidismo) también pueden producir síntomas (p. ej., tetania) que se asemejan a una lesión inducida por medicamentos. distonía aguda. Otros diagnósticos que simulan una distonía aguda inducida por medicamentos incluyen anafilaxia, distonía laríngea tardía y discinesia respiratoria. El síndrome neuroléptico maligno puede producir distonía pero se diferencia en que también se acompaña de fiebre y rigidez generalizada.

La catatonía asociada con un trastorno del estado de ánimo o la esquizofrenia se puede distinguir por la relación temporal entre los síntomas y la exposición al tratamiento antipsicótico (p. ej., distonía que precede a la exposición a la medicación antipsicótica) y la respuesta a la intervención farmacológica (p. ej., ausencia de mejoría tras la reducción de la dosis del antipsicótico). medicación antipsicótica o en respuesta a la administración de anticolinérgicos). Además, las personas con distonía aguda inducida por medicamentos generalmente están angustiadas por la reacción distónica y generalmente buscan intervención. Por el contrario, las personas con el tipo de catatonía retardada suelen ser mudas y retraídas y no expresan angustia subjetiva por su condición.

Acatisia aguda inducida por medicamentos

G25.71 Acatisia aguda inducida por medicación

Las características esenciales de la acatisia aguda inducida por medicamentos son las quejas subjetivas de inquietud y al menos uno de los siguientes síntomas observados

movimientos: movimientos inquietos o balanceo de las piernas mientras está sentado, moverse de un pie a otro o "caminar en el mismo lugar" mientras está de pie, caminar de un lado a otro para aliviar la inquietud, o incapacidad para sentarse o permanecer quieto durante al menos varios minutos. Las personas que experimentan la forma más grave de acatisia aguda inducida por medicamentos pueden no ser capaces de mantener ninguna posición durante más de unos pocos segundos. Las quejas subjetivas incluyen una sensación de inquietud interna, con mayor frecuencia en las piernas; compulsión de mover las piernas; angustia si se le pide a uno que no mueva las piernas; y disforia y ansiedad. Los síntomas generalmente ocurren dentro de las 4 semanas posteriores al inicio o aumento de la dosis de un medicamento que puede causar acatisia, que incluye medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, agonistas de la dopamina y bloqueadores de los canales de calcio, y pueden ocasionalmente seguir la reducción de la medicación utilizada para tratar o prevenir los síntomas extrapiramidales agudos (p. ej., agentes anticolinérgicos). Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, abstinencia de sustancias, agitación por un episodio maníaco o depresivo mayor, hiperactividad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad) y no se deben a una afección neurológica o médica de otro tipo (p. ej., enfermedad de Parkinson, anemia ferropénica).

El malestar subjetivo resultante de la acatisia es importante y puede llevar al incumplimiento del tratamiento antipsicótico o antidepresivo. La acatisia puede estar asociada con disforia, irritabilidad, agresión o intentos de suicidio. El empeoramiento de los síntomas psicóticos o el descontrol de la conducta puede conducir a un aumento de la dosis del medicamento, lo que puede exacerbar el problema. La acatisia puede desarrollarse muy rápidamente después de iniciar o aumentar la medicación causal. El desarrollo de la acatisia parece ser dependiente de la dosis y estar más frecuentemente asociado con medicamentos antipsicóticos de alta potencia o fármacos con mayor afinidad por los receptores centrales de dopamina. La acatisia aguda tiende a persistir durante

mientras se mantenga la medicación causal, aunque la intensidad puede fluctuar con el tiempo. La prevalencia informada de acatisia entre personas que reciben medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina ha variado mucho (20% a 75%). Variaciones en la prevalencia informada

puede atribuirse a la falta de coherencia en la definición, las prácticas de prescripción de antipsicóticos, el diseño del estudio y la demografía de la población que se estudia.

Diagnóstico diferencial

La acatisia aguda inducida por medicamentos puede ser clínicamente indistinguible de los síndromes de inquietud debido a ciertas afecciones neurológicas o médicas, y de la agitación que se presenta como parte de un trastorno mental (p. ej., un episodio maníaco). La acatisia de la enfermedad de Parkinson y la anemia por deficiencia de hierro es fenomenológicamente similar a la acatisia aguda inducida por medicamentos. La aparición frecuentemente abrupta de inquietud poco después de iniciar o aumentar la medicación suele distinguir la acatisia aguda inducida por medicación.

Los medicamentos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina específicos pueden producir acatisia que parece ser idéntica en fenomenología y respuesta al tratamiento a la acatisia inducida por medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina. La discinesia tardía también suele tener un componente de inquietud generalizada que puede coexistir con acatisia en un individuo que recibe medicamentos antipsicóticos u otros bloqueadores de la dopamina. La acatisia aguda inducida por medicamentos antipsicóticos y otros bloqueadores de la dopamina se diferencia de la discinesia tardía inducida por medicamentos antipsicóticos y otros bloqueadores de la dopamina por la naturaleza de los movimientos y su relación con el inicio de la medicación. El curso temporal de la presentación sintomática en relación con los cambios en la dosis del medicamento puede ayudar en esta distinción. Un aumento en la medicación antipsicótica a menudo exacerbará la acatisia, mientras que a menudo alivia temporalmente los síntomas de la discinesia tardía.

La acatisia aguda inducida por medicamentos debe distinguirse de los síntomas que se explican mejor por un trastorno mental. Individuos con episodios depresivos, episodios maníacos, trastorno de ansiedad generalizada, espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno neurocognitivo mayor, delirio, intoxicación por sustancias (p. ej., con cocaína) o abstinencia de sustancias (p. ej., de un opioide) también puede mostrar agitación que es difícil de distinguir de la acatisia. Algunos de estos individuos son capaces de diferenciar la acatisia

de la ansiedad, inquietud y agitación características de un trastorno mental por su experiencia de la acatisia como algo diferente de los sentimientos experimentados previamente. Otras pruebas de que la inquietud o la agitación pueden explicarse mejor por un trastorno mental incluyen el inicio de la agitación antes de la exposición al medicamento causal, la ausencia de inquietud creciente con dosis crecientes del medicamento causal y la ausencia de alivio con intervenciones farmacológicas (p. ej., sin mejoría tras disminuir la dosis del fármaco causante o tratamiento con otro fármaco destinado a tratar la acatisia).

Discinesia tardía

G24.01 Discinesia tardía

Las características esenciales de la discinesia tardía son movimientos anormales e involuntarios de la lengua, la mandíbula, el tronco o las extremidades que se desarrollan en asociación con el uso de medicamentos que bloquean los receptores de dopamina postsinápticos, como los medicamentos antipsicóticos de primera y segunda generación y otros medicamentos como como metoclopramida para trastornos gastrointestinales. Los movimientos están presentes durante un período de al menos 4 semanas y pueden ser de naturaleza coreiforme (rápidos, espasmódicos, no repetitivos), atetoides (lentos, sinuosos, continuos) o semirrítmicos (p. ej., estereotipias); sin embargo, los movimientos son claramente diferentes de los rítmicos.

815

(3-6 Hz) temblores comúnmente vistos en el parkinsonismo inducido por medicamentos. Los signos o síntomas de discinesia tardía se desarrollan durante la exposición al medicamento antipsicótico u otro agente bloqueante de la dopamina, o dentro de las 4 semanas posteriores a la abstinencia de un agente oral (o dentro de las 8 semanas posteriores a la abstinencia de un agente inyectable de acción prolongada). Debe haber antecedentes de uso del agente agresor durante al menos 3 meses (o 1 mes en personas de 60 años o más). Aunque una gran cantidad de estudios epidemiológicos han establecido la relación etiológica entre el uso de drogas bloqueantes de la dopamina y la discinesia tardía, cualquier discinesia en un individuo que está recibiendo medicación antipsicótica no es necesariamente discinesia tardía.

Los movimientos orofaciales anormales son las manifestaciones más obvias de la discinesia tardía y se han observado en la mayoría de las personas afectadas por discinesia tardía; sin embargo, aproximadamente la mitad puede tener afectación de las extremidades y hasta una cuarta parte puede tener discinesia axial del cuello, los hombros o el tronco. Puede ocurrir compromiso de otros grupos musculares (p. ej., faríngeo, diafragma, abdominal), pero es poco común, especialmente en ausencia de discinesia de la región orofacial, las extremidades o el tronco. La discinesia de extremidades o de tronco sin afectación orofacial puede ser más común en personas más jóvenes, mientras que las discinesias orofaciales son típicas en personas mayores.

Los síntomas de la discinesia tardía tienden a empeorar con los estimulantes, la abstinencia de medicamentos antipsicóticos y los medicamentos anticolinérgicos (como la benzotropina, comúnmente utilizada para controlar el parkinsonismo inducido por medicamentos) y pueden empeorar transitoriamente por la excitación emocional, el estrés y la distracción durante los movimientos voluntarios en partes del cuerpo no afectadas. Los movimientos anormales de la discinesia se reducen transitoriamente por la relajación y por los movimientos voluntarios en las partes afectadas del cuerpo. Generalmente están ausentes durante el sueño. La discinesia puede suprimirse, al menos temporalmente, con dosis más altas de medicación antipsicótica.

La prevalencia general de la discinesia tardía en personas que han recibido tratamiento con medicamentos antipsicóticos a largo plazo oscila entre el 20 % y el 30 %. La incidencia general entre los individuos más jóvenes oscila entre el 3% y el 5% por año. Las personas de mediana edad y ancianas parecen desarrollar discinesia tardía con mayor frecuencia, con cifras de prevalencia informadas de hasta 50% y una incidencia de 25% a 30% después de un promedio de 1 año de exposición acumulativa a medicamentos antipsicóticos. La prevalencia también varía según el entorno, y la discinesia tardía tiende a ser más común entre los individuos internados crónicamente. Las variaciones en la prevalencia informada pueden atribuirse a la falta de consistencia en la definición de discinesia tardía, las prácticas de prescripción de antipsicóticos, el diseño del estudio y la demografía de la población que se estudia.

No hay una diferencia de género obvia en la susceptibilidad a la discinesia tardía, aunque el riesgo puede ser algo mayor en las mujeres posmenopáusicas. Mayores cantidades acumulativas de medicamentos antipsicóticos y el desarrollo temprano de efectos secundarios extrapiramidales agudos (como el parkinsonismo inducido por medicamentos) son dos de los factores de riesgo más consistentes para el desarrollo tardío.

discinesia También se ha descubierto que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno depresivo mayor), las afecciones neurológicas y el trastorno por consumo de alcohol son factores de riesgo en algunos grupos de personas. Los antipsicóticos de segunda generación están asociados con una incidencia algo menor de discinesia tardía en comparación con los antipsicóticos de primera generación, pero la diferencia no es tan grande como se pensaba, especialmente cuando se tiene en cuenta la dosis del antipsicótico de primera generación; los factores de riesgo más importantes son la edad y la exposición acumulativa.

El inicio de la discinesia tardía puede ocurrir a cualquier edad y casi siempre es insidioso. Los signos suelen ser de mínimos a leves al inicio y pasan desapercibidos, excepto para un observador atento. En muchos casos, la discinesia tardía es objetivamente leve pero, aunque se ha considerado un problema cosmético, puede estar asociada con una angustia significativa y evitación social. En casos severos, puede estar asociado con complicaciones médicas (p. ej., úlceras en mejillas y lengua, pérdida de dientes, macroglosia, dificultad para caminar, tragarse o respirar, habla ahogada, pérdida de peso, depresión, ideación suicida). En las personas mayores hay una mayor

816

probabilidad de que la discinesia tardía se vuelva más severa o más generalizada con el uso continuado de medicamentos antipsicóticos. Cuando se suspenden los medicamentos antipsicóticos, algunas personas experimentan una mejoría de los síntomas con el tiempo; sin embargo, para otros, la discinesia tardía puede ser duradera.

Diagnóstico diferencial

Es imperativo distinguir el parkinsonismo inducido por medicamentos de la discinesia tardía porque los tratamientos comúnmente utilizados para controlar el parkinsonismo inducido por medicamentos (es decir, medicamentos anticolinérgicos) pueden empeorar los movimientos motores anormales asociados con la discinesia tardía. Además, los tratamientos utilizados para controlar la discinesia tardía (es decir, los inhibidores de VMAT2) pueden empeorar los síntomas del parkinsonismo inducido por medicamentos.

La discinesia que surge durante la abstinencia de un medicamento antipsicótico u otro agente bloqueante del receptor de dopamina puede remitir con

retiro continuo de la medicación. Si la discinesia persiste durante al menos 4 semanas, puede justificarse un diagnóstico de discinesia tardía. La discinesia tardía debe distinguirse de otras causas de discinesia orofacial y corporal. Estas condiciones incluyen la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Wilson, la corea (reumática) de Sydenham, el lupus eritematoso sistémico, la tirotoxicosis, el envenenamiento por metales pesados, las dentaduras postizas mal ajustadas, la discinesia debida a otros medicamentos como la L-dopa o la bromocriptina y las discinesias espontáneas. Los factores que pueden ser útiles para hacer la distinción son la evidencia de que los síntomas precedieron a la exposición a la medicación antipsicótica u otro agente bloqueador del receptor de dopamina o que están presentes otros signos neurológicos focales. Cabe señalar que otros trastornos del movimiento pueden coexistir con la discinesia tardía. Debido a que la discinesia espontánea puede ocurrir en más del 5% de las personas y también es más común en personas de edad avanzada, puede ser difícil probar que los medicamentos antipsicóticos produjeron discinesia tardía en una persona determinada. La discinesia tardía debe distinguirse de los síntomas que se deben a un trastorno agudo del movimiento inducido por medicamentos (p. ej., parkinsonismo inducido por medicamentos, distonía aguda, acatisia aguda). La distonía aguda y la acatisia aguda pueden desarrollarse rápidamente en cuestión de horas o días, y el parkinsonismo inducido por medicamentos se desarrolla a las pocas semanas de iniciar o aumentar la dosis de un medicamento antipsicótico u otro agente bloqueador del receptor de dopamina (o de reducir la dosis de un medicamento utilizado para tratar la enfermedad aguda). síntomas extrapiramidales). La discinesia tardía, por otro lado, generalmente se desarrolla después de una exposición más prolongada a la medicación antipsicótica (meses a años) y puede aparecer después de la suspensión de la medicación antipsicótica; el historial de exposición mínimo requerido para el diagnóstico de discinesia tardía es el uso de medicamentos antipsicóticos durante al menos 3 meses (o 1 mes en personas de mediana edad y ancianos).

Distonía tardía Acatisia tardía

G24.09 Distonía tardía

G25.71 Acatisia tardía

Esta categoría es para síndromes tardíos que involucran otros tipos de problemas de movimiento, como distonía o acatisia, que se distinguen por su aparición tardía en el curso del tratamiento y su posible persistencia durante meses o años, incluso ante la suspensión de un medicamento antipsicótico. u otro agente bloqueador del receptor de dopamina o reducción de dosis.

817

Tremor postural inducido por medicamentos

G25.1 Tremor postural inducido por medicamentos

La característica esencial de esta condición es un leve temblor que ocurre durante los intentos de mantener una postura, que se desarrolla en asociación con el uso de medicamentos. Los medicamentos con los que tal temblor puede estar asociado incluyen litio, medicamentos β -adrenérgicos (p. ej., isoproterenol), estimulantes (p. ej., anfetamina), medicamentos dopaminérgicos, medicamentos anticonvulsivos (p. ej., ácido valproico), medicamentos antidepresivos y metilxantinas (p. ej., cafeína , teofilina). El temblor es una oscilación rítmica regular de las extremidades (más comúnmente manos y dedos), la cabeza, la boca o la lengua, más comúnmente con una frecuencia de entre 8 y 12 ciclos por segundo. Se observa más fácilmente cuando la parte del cuerpo afectada se mantiene en una postura sostenida (p. ej., manos extendidas, boca abierta). El temblor puede empeorar en severidad cuando la parte del cuerpo afectada se mueve intencionalmente (temblor cinético o de acción). Cuando un individuo describe un temblor que es consistente con el temblor postural pero el médico no observa directamente el temblor, puede ser útil tratar de recrear la situación en la que ocurrió el temblor (p. ej., beber de una taza y plato).

La mayor parte de la información disponible se refiere al temblor inducido por litio. El temblor por litio es un efecto secundario común, generalmente benigno y bien tolerado de las dosis terapéuticas. Sin embargo, puede causar vergüenza social, dificultades laborales e incumplimiento en algunas personas. A medida que los niveles séricos de litio se acercan a los niveles tóxicos, el temblor puede volverse más grueso y acompañarse de espasmos musculares, fasciculaciones o ataxia. El temblor por litio no tóxico puede mejorar espontáneamente con el tiempo. Una variedad de factores pueden aumentar el riesgo de temblor por litio (p. ej., edad avanzada, niveles séricos elevados).

niveles de litio, medicación antidepresiva o antipsicótica concurrente u otro agente bloqueante del receptor de dopamina, ingesta excesiva de cafeína, antecedentes personales o familiares de temblor, presencia de trastorno por consumo de alcohol y ansiedad asociada). La frecuencia de quejas por temblor parece disminuir con la duración del tratamiento con litio. Los factores que pueden exacerbar el temblor incluyen ansiedad, estrés, fatiga, hipoglucemia, tirotoxicosis, feocromocitoma, hipotermia y abstinencia de alcohol. El temblor también puede ser una característica temprana del síndrome serotoninérgico.

Diagnóstico diferencial EI

temblor postural inducido por medicamentos debe distinguirse de un temblor preexistente que no es causado por los efectos de un medicamento. Los factores que ayudan a establecer que el temblor era preexistente incluyen su relación temporal con el inicio de la medicación, la falta de correlación con los niveles séricos de la medicación y la persistencia después de suspender la medicación. Si hay un temblor preexistente inducido no farmacológicamente (p. ej., temblor esencial) que empeora con la medicación, dicho temblor no se consideraría un temblor postural inducido por la medicación. Los factores descritos anteriormente que pueden contribuir a la gravedad del temblor postural inducido por un medicamento (p. ej., ansiedad, estrés, fatiga, hipoglucemia, tirotoxicosis, feocromocitoma, hipotermia, abstinencia de alcohol) también pueden ser una causa de temblor independiente del medicamento.

El temblor postural inducido por medicamentos no se diagnostica si el temblor se explica mejor por el parkinsonismo inducido por medicamentos. Un temblor postural inducido por medicamentos generalmente está ausente en reposo y se intensifica cuando la parte afectada entra en acción o se mantiene en una posición sostenida. Por el contrario, el temblor relacionado con el parkinsonismo inducido por medicamentos suele ser de menor frecuencia (3 a 6 Hz), empeora en reposo y se suprime durante el movimiento intencional, y generalmente ocurre en asociación con otros síntomas del parkinsonismo inducido por medicamentos (p. ej., acinesia, rigidez).

G25.79 Otro trastorno del movimiento inducido por medicación

Esta categoría es para los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos que no están incluidos en ninguno de los trastornos específicos enumerados anteriormente. Los ejemplos incluyen 1) presentaciones que se asemejan al síndrome neuroléptico maligno que están asociadas con medicamentos distintos de los antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina y 2) otras afecciones tardías inducidas por medicamentos.

Síndrome de discontinuación de antidepresivos

T43.205A Encuentro inicial

T43.205D Encuentro posterior

T43.205S Secuelas

Los síntomas de interrupción pueden ocurrir después del tratamiento con todo tipo de antidepresivos. La incidencia de este síndrome depende de la dosis y la vida media del medicamento que se toma, así como de la velocidad a la que se reduce el medicamento. Los medicamentos de vida media corta que se interrumpen abruptamente (o cuando la dosis se reduce significativamente) en lugar de disminuir gradualmente pueden presentar el mayor riesgo. Los antidepresivos de acción corta paroxetina y venlafaxina son los agentes más comúnmente asociados con síntomas de discontinuación. El síndrome de discontinuación de antidepresivos puede ocurrir en el contexto de la falta de cumplimiento intermitente del tratamiento y, por lo tanto, puede estar presente de manera irregular en algunas personas que en realidad no han dejado de tomar el medicamento. Esto es especialmente cierto para los medicamentos de vida media muy corta (p. ej., venlafaxina). Por el contrario, los medicamentos de vida media larga como la fluoxetina rara vez producen efectos significativos de interrupción.

A diferencia de los síndromes de abstinencia asociados con opioides, alcohol y otras sustancias, el síndrome de discontinuación de antidepresivos no tiene síntomas patognomónicos. En cambio, los síntomas tienden a ser vagos y variables. Los síntomas suelen comenzar de 2 a 4 días después de la última dosis del antidepresivo. En el caso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, síntomas como mareos, tinnitus, sensaciones similares a "descargas eléctricas", insomnio y dolor agudo

se describe la ansiedad. El uso de antidepresivos antes de la interrupción no debe haber incurrido en hipomanía o estado mixto (es decir, debe haber confianza en que el síndrome de interrupción no es el resultado de fluctuaciones en la estabilidad del estado de ánimo asociadas con el tratamiento anterior). Para los antidepresivos tricíclicos, la interrupción repentina se ha asociado con síntomas gastrointestinales (calambres, que reflejan hiperactividad colinérgica después de suspender un antidepresivo tricíclico anticolinérgico), así como con hipomanía de rebote.

El síndrome de discontinuación de antidepresivos se basa únicamente en factores farmacológicos y no está relacionado con los efectos de refuerzo de un antidepresivo. A diferencia de la suspensión de sustancias con efectos de refuerzo como los opiáceos, no se produce ansia por la droga. Además, cuando se usa un estimulante para aumentar un antidepresivo, la interrupción abrupta puede provocar síntomas de abstinencia del estimulante (consulte "Abstinencia de estimulantes" en el capítulo "Trastornos adictivos y relacionados con sustancias") en lugar del síndrome de interrupción del antidepresivo descrito aquí.

Se desconoce la prevalencia del síndrome de discontinuación de antidepresivos, pero se cree que varía de acuerdo con cualquiera de los siguientes factores: la dosis antes de la discontinuación, la vida media (es decir, ocurre más comúnmente con medicamentos de vida media corta) y la afinidad de unión al receptor del medicamento (p. ej., es más probable que ocurra con los inhibidores de la recaptación de serotonina), y posiblemente la tasa de metabolismo genéticamente influenciada del individuo para este

819

medicamento. Por lo tanto, las reacciones de discontinuación ocurren más frecuentemente con medicamentos de vida media corta, pero también pueden verse influenciadas por el estado de metabolización rápida o ultrarrápida de las enzimas citocromo que metabolizan el antidepresivo.

Debido a que se carece de estudios longitudinales, se sabe poco sobre el curso clínico del síndrome de discontinuación de antidepresivos. Los síntomas parecen disminuir con el tiempo con reducciones de dosis muy graduales. Los síntomas suelen ser de corta duración, no duran más de 2 semanas y rara vez se presentan más de 3 semanas después de la interrupción.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del síndrome de discontinuación de antidepresivos incluye una recaída del trastorno para el cual se recetó el medicamento (p. ej., depresión o trastorno de pánico), trastorno de síntomas somáticos, trastorno bipolar I o bipolar II con características mixtas, trastornos por uso de sustancias, migraña o trastorno cerebrovascular. accidente. Los síntomas de interrupción a menudo se asemejan a los síntomas de un trastorno de ansiedad persistente o al regreso de los síntomas somáticos de depresión para los cuales se administró inicialmente el medicamento. Es importante no confundir el síndrome de discontinuación con una recaída del trastorno depresivo o de ansiedad original para el cual se prescribió el medicamento. El síndrome de discontinuación de antidepresivos difiere de la abstinencia de sustancias en que los antidepresivos en sí mismos no tienen efectos de refuerzo o euforia. Por lo general, las personas no aumentan la dosis de medicamentos por su cuenta y, por lo general, no adoptan un comportamiento de búsqueda de medicamentos para obtener medicamentos adicionales. No se cumplen los criterios para un trastorno por uso de sustancias.

Otro efecto adverso de la medicación

T50.905A Contacto inicial

T50.905D Encuentro posterior

T50.905S Secuelas

Esta categoría está disponible para uso opcional de los médicos para codificar los efectos secundarios de la medicación (aparte de los síntomas del movimiento) cuando estos efectos adversos se convierten en el foco principal de atención clínica. Los ejemplos incluyen hipotensión grave, arritmias cardíacas y priapismo.

821

Otras condiciones que pueden ser un Foco de Atención Clínica

Este capítulo incluye condiciones y problemas psicosociales o ambientales que pueden ser un foco de atención clínica o afectar el diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un individuo. Estas condiciones se presentan con sus códigos correspondientes de ICD-10-CM (generalmente códigos Z). Una condición o problema en este capítulo puede codificarse 1) si es un motivo de la visita actual; 2) si ayuda a explicar la necesidad de una prueba, procedimiento o tratamiento; 3) si juega un papel en la iniciación o exacerbación de un trastorno mental; o 4) si constituye un problema que debe ser considerado en el plan de manejo general.

Las condiciones y problemas enumerados en este capítulo no son trastornos mentales. Su inclusión en el DSM-5-TR pretende llamar la atención sobre el alcance de problemas adicionales que pueden surgir en la práctica clínica habitual y proporcionar una lista sistemática que puede ser útil para los médicos a la hora de documentar estos problemas.

Para consultar rápidamente todos los códigos de esta sección, consulte la Clasificación DSM-5-TR. Las condiciones y problemas que pueden ser un foco de atención clínica se enumeran en el siguiente texto de la siguiente manera: 1.

Comportamiento suicida (conducta potencialmente autolesiva con al menos alguna intención de morir) **y autolesiones no suicidas** (daño autoinfligido intencionalmente a la cuerpo en ausencia de intención suicida).

2. **Abuso y negligencia** (p. ej., problemas de maltrato y negligencia de niños y adultos, incluido el abuso físico, el abuso sexual, la negligencia y el abuso psicológico).
3. **Problemas de relación** (p. ej., problema de relación padre-hijo, problema de relación entre hermanos, angustia en la relación con el cónyuge o pareja íntima, interrupción por separación o divorcio).

4. **Problemas educativos** (p. ej., analfabetismo o bajo nivel de alfabetización, educación no disponible o inalcanzable, exámenes escolares reprobados, bajo rendimiento escolar).
5. **Problemas laborales** (p. ej., desempleo, cambio de trabajo, amenaza de pérdida del trabajo, horario de trabajo estresante, discordia con el jefe y los compañeros de trabajo).
6. **Problemas de vivienda** (p. ej., falta de vivienda, vivienda inadecuada, discordia con el vecino, inquilino o arrendador).
7. **Problemas económicos** (p. ej., falta de alimentos adecuados o agua potable segura, pobreza extrema, bajos ingresos).
8. **Problemas relacionados con el entorno social** (por ejemplo, problema relacionado con vivir solo, dificultad de aculturación, exclusión social o rechazo).
9. **Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal** (p. ej., condena en procesos penales, encarcelamiento u otro encarcelamiento, problemas relacionados con la liberación de prisión, problemas relacionados con otras circunstancias legales).
10. **Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales y ambientales** (p. ej., problemas relacionados con un embarazo no deseado, víctima de un delito, víctima del terrorismo).
11. **Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y de otro tipo** (p. ej., falta de disponibilidad o inaccesibilidad de las instalaciones de atención médica).
12. **Circunstancias de antecedentes personales** (p. ej., antecedentes personales de trauma psicológico, despliegue militar).

822

13. **Otros encuentros de servicios de salud para consejería y consejo médico** (p. ej., consejería sexual, otra consejería o consulta).
14. **Condiciones o problemas adicionales que pueden ser un foco de atención clínica** (p. ej., deambulación asociada con un trastorno mental, duelo sin complicaciones, problema de fase de la vida).

Comportamiento suicida y autolesiones no suicidas

Nota de codificación para ICD-10-CM Comportamiento suicida

Solo para códigos T, el sexto carácter debe codificarse de la siguiente manera:

A (consulta inicial): uso mientras la persona está recibiendo tratamiento activo para la afección (p. ej., consulta en el departamento de emergencias, evaluación y tratamiento por parte de un médico nuevo); o **D (encuentro posterior): úselo** para los encuentros después de que el individuo haya recibido un tratamiento activo para la afección y cuando esté recibiendo atención de rutina para la afección durante la fase de curación o recuperación (p. ej., ajuste de la medicación, otros cuidados posteriores y seguimiento). visitas).

Comportamiento suicida

Esta categoría puede usarse para personas que se han involucrado en un comportamiento potencialmente auto agresivo con al menos alguna intención de morir como resultado del acto. La evidencia de la intención de terminar con la vida de uno puede ser explícita o inferirse del comportamiento o las circunstancias. Un intento de suicidio puede o no resultar en una autolesión real. Si el individuo es disuadido por otra persona o cambia de opinión antes de iniciar el comportamiento, esta categoría no se aplica.

Comportamiento suicida actual

T14.91A Encuentro inicial: si la conducta suicida es parte del encuentro inicial con la presentación clínica

T14.91D Encuentro posterior: si la conducta suicida es parte de un encuentros con la presentación clínica

Z91.51 Historia de comportamiento suicida Si el comportamiento suicida ha ocurrido durante la vida del individuo

Autolesiones no suicidas Esta

categoría se puede usar para personas que se han autoinfligido intencionalmente daños en el cuerpo de un tipo que probablemente provoque sangrado, hematomas o dolor (p. ej., cortes, quemaduras, puñaladas, golpes, frotamiento excesivo) en la ausencia de intención suicida.

R45.88 Autolesión no suicida actual Si la conducta autolesiva no suicida es parte de la presentación clínica

Z91.52 Historia de autolesiones no suicidas

Si ha ocurrido una conducta autolesiva no suicida durante la vida del individuo

Abuso y negligencia El maltrato

por parte de un miembro de la familia (p. ej., cuidador, pareja íntima adulta) o por alguien que no es pariente puede ser el área de atención clínica actual, o dicho maltrato puede ser un factor importante en la evaluación y el tratamiento de personas con trastornos mentales u otros. condiciones médicas. Debido a las implicaciones legales del abuso y la negligencia, se debe tener cuidado al evaluar estas condiciones y asignar estos códigos. Tener antecedentes de abuso o

823

la negligencia puede influir en el diagnóstico y la respuesta al tratamiento en una serie de trastornos mentales, y también puede observarse junto con el diagnóstico.

Para las siguientes categorías, además de las listas de eventos confirmados o sospechados de abuso o negligencia, se proporcionan otros códigos para usar si el encuentro clínico actual es para brindar servicios de salud mental a la víctima o al perpetrador del abuso o negligencia. También se proporciona un código separado para designar antecedentes de abuso o negligencia.

Nota de codificación para condiciones de abuso y negligencia ICD-10-CM

Solo para códigos T, el séptimo carácter debe codificarse de la siguiente manera:

A (consulta inicial): uso mientras la persona recibe tratamiento activo para la afección (p. ej., tratamiento quirúrgico, consulta en el departamento de emergencias, evaluación y tratamiento por parte de un nuevo médico); o

D (encuentro posterior): úselo para los encuentros después de que el individuo haya recibido un tratamiento activo para la afección y cuando esté recibiendo atención de rutina para la afección durante la fase de curación o recuperación (p. ej., cambio o extracción de yeso, extracción de dispositivo de fijación, ajuste de medicación, otros cuidados posteriores y visitas de seguimiento).

Problemas de maltrato y abandono infantil

Abuso físico infantil

Esta categoría se puede utilizar cuando el abuso físico de un niño es un foco de atención clínica. El abuso físico infantil es una lesión física no accidental a un niño, que va desde moretones menores hasta fracturas graves o la muerte, que ocurre como resultado de puñetazos, palizas, patadas, mordeduras, sacudidas, lanzamientos, apuñalamientos, asfixia, golpes (con una mano, palo, correa u otro objeto), quemaduras o cualquier otro método infligido por un parente, cuidador u otra persona que tenga la responsabilidad del niño. Tal lesión se considera abuso independientemente de si el cuidador tuvo la intención de lastimar al niño. La disciplina física, como azotes o palizas, no se considera abuso siempre que sea razonable y no cause lesiones corporales al niño.

Abuso físico infantil, confirmado

T74.12XA Encuentro inicial

T74.12XD Encuentro posterior

Abuso físico infantil, sospecha

T76.12XA Encuentro inicial

T76.12XD Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con el abuso físico

infantil Z69.010 Visita para servicios de salud mental para víctimas de abuso físico infantil por parte de los padres **Z69.020 Visita** para servicios de salud mental para víctimas de abuso físico infantil

Z62.810 Historia personal (historia pasada) de abuso físico en la niñez

Z69.011 Visita a servicios de salud mental para perpetrador de abuso parental abuso físico infantil

Z69.021 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil no parental

Abuso sexual infantil Esta

categoría se puede utilizar cuando el abuso sexual de un niño es un foco de atención clínica. El abuso sexual infantil abarca cualquier acto sexual que involucre a un niño con la intención de proporcionar gratificación sexual a un parente, cuidador u otra persona que tenga la responsabilidad

824

para el niño El abuso sexual incluye actividades tales como manosear los genitales de un niño, penetración, incesto, violación, sodomía y exposición indecente. El abuso sexual también incluye la explotación sin contacto de un niño por parte de un parente o cuidador, por ejemplo, obligar, engañar, seducir, amenazar o presionar a un niño para que participe en actos para la gratificación sexual de otros, sin contacto físico directo entre el niño y el abusador.

Abuso sexual infantil, confirmado

T74.22XA Encuentro inicial

T74.22XD Encuentro posterior

Abuso sexual infantil, sospecha de

T76.22XA Contacto inicial

T76.22XD Encuentro posterior

Otras Circunstancias Relacionadas con el Abuso Sexual Infantil

Z69.010 Visita para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil por parte de uno de los padres

Z69.020 Visita para servicios de salud mental para víctima de violencia no parental abuso sexual infantil

Z62.810 Historia personal (historia pasada) de abuso sexual en la infancia

Z69.011 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil por parte de los padres

Z69.021 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil por parte de terceros

Negligencia infantil

Esta categoría se puede utilizar cuando la negligencia infantil es un foco de atención clínica. La negligencia infantil se define como cualquier acto u omisión atroz confirmado o sospechado por parte de los padres u otro cuidador de un niño que priva al niño de las necesidades básicas apropiadas para su edad y, por lo tanto, resulta, o tiene un potencial razonable para resultar, en daño físico o psicológico al niño. La negligencia infantil abarca el abandono; falta de supervisión adecuada; falta de atención a las necesidades emocionales o psicológicas necesarias; y falta de provisión de la educación, atención médica, alimentación, vivienda y/o vestimenta necesarias.

Negligencia infantil, confirmado

T74.02XA Encuentro inicial

T74.02XD Encuentro posterior

Negligencia infantil, sospecha

de **T76.02XA** Encuentro inicial

T76.02XD Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia

infantil Z69.010 Visita a servicios de salud mental para víctimas de negligencia infantil por parte de los padres

Z69.020 Visita para servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil no parental

Z62.812 Historia personal (historia pasada) de negligencia en la infancia

Z69.011 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil por parte de los padres

Z69.021 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil no parental

Esta categoría puede usarse cuando el abuso psicológico de un niño es un foco de atención clínica. El abuso psicológico infantil son actos verbales o simbólicos no accidentales por parte de los padres o cuidadores de un niño que resultan, o tienen un potencial razonable para resultar, en un daño psicológico significativo para el niño. (Los actos de abuso físico y sexual no están incluidos en esta categoría). Los ejemplos de abuso psicológico de un niño incluyen regañar, menospreciar o humillar al niño; amenazar al niño; dañar/abandonar—o indicar que el presunto delincuente dañará/abandonará— personas o cosas que le importan al niño; confinar al niño (como atar los brazos o las piernas de un niño o atar a un niño a un mueble u otro objeto, o confinar al niño en un área pequeña y cerrada [por ejemplo, un armario]); atroz chivo expiatorio del niño; coaccionar al niño para que se inflja dolor a sí mismo; y disciplinar al niño excesivamente (es decir, con una frecuencia o duración extremadamente alta, incluso si no es a un nivel de abuso físico) a través de medios físicos o no físicos.

Abuso psicológico infantil, confirmado

T74.32XA Encuentro inicial

T74.32XD Encuentro posterior

Abuso psicológico infantil, sospecha de

T76.32XA Contacto inicial

T76.32XD Encuentro posterior

Otras Circunstancias Relacionadas con el Abuso Psicológico Infantil

Z69.010 Visita a servicios de salud mental para víctima de abuso psicológico

infantil por parte de los padres

Z69.020 Visita para servicios de salud mental para víctima de abuso psicológico

infantil **no parental** **Z62.811** Antecedentes personales (antecedentes)

de abuso psicológico en
infancia

Z69.011 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico

infantil por parte de los padres

Z69.021 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico infantil por parte de terceros

Problemas de maltrato y abandono de adultos

826

Violencia física del cónyuge o pareja Esta categoría se puede utilizar cuando la violencia física del cónyuge o pareja es un foco de atención clínica. La violencia física del cónyuge o pareja son actos no accidentales de fuerza física que resultan, o tienen un potencial razonable para resultar, en daño físico a una pareja íntima o que provocan un miedo significativo en la pareja. Los actos de fuerza física no accidentales incluyen empujar, abofetear, tirar del cabello, pellizcar, sujetar, sacudir, arrojar, morder, patear, golpear con el puño o con un objeto, quemar, envenenar, aplicar fuerza en la garganta, cortar el suministro de aire, sujetar la cabeza bajo el agua y usando un arma. Quedan excluidos los actos destinados a la protección física de uno mismo o de la pareja.

Violencia del cónyuge o pareja, física, confirmada

T74.11XA Encuentro inicial

T74.11XD Encuentro posterior

Violencia del cónyuge o pareja, física, sospecha

T76.11XA Encuentro inicial

T76.11XD Encuentro posterior

Otras Circunstancias Relacionadas con la Violencia Física del Cónyuge o Pareja **Z69.11 Visita** a servicios de salud mental para víctima de violencia física del cónyuge o pareja

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia del cónyuge o pareja, física

Z69.12 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de cónyuge o

violencia de pareja, física

Violencia sexual del cónyuge o pareja Esta categoría se puede utilizar cuando la violencia sexual del cónyuge o pareja es un foco de atención clínica. La violencia sexual del cónyuge o pareja implica el uso de la fuerza física o la coerción psicológica para obligar a la pareja a participar en un acto sexual en contra de su voluntad, ya sea que el acto se complete o no. También se incluyen en esta categoría los actos sexuales con una pareja íntima que no puede dar su consentimiento.

Violencia del cónyuge o pareja, sexual, confirmada

T74.21XA Encuentro inicial

T74.21XD Encuentro posterior

Violencia del cónyuge o pareja, sexual, sospechada

T76.21XA Encuentro inicial

T76.21XD Encuentro posterior

Otras Circunstancias Relacionadas con Violencia del Cónyuge o Pareja,

Sexual Z69.81 Visita a servicios de salud mental para víctima de violencia del cónyuge o pareja, sexual

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia sexual del cónyuge o pareja

Z69.12 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de cónyuge o violencia de pareja, sexual

Negligencia del cónyuge o pareja

Esta categoría se puede utilizar cuando la negligencia del cónyuge o pareja es un foco de atención clínica. La negligencia del cónyuge o pareja es cualquier acto u omisión atroz por parte de una pareja que priva a una pareja dependiente de las necesidades básicas y, por lo tanto, resulta, o tiene un potencial razonable para resultar, en daño físico o psicológico a la pareja dependiente. Esta categoría se puede utilizar en el contexto de relaciones en las que uno de los miembros de la pareja depende mucho de

pareja para el cuidado o la asistencia en las actividades diarias ordinarias; por ejemplo, una pareja que es incapaz de cuidarse a sí misma debido a limitaciones físicas, psicológicas/intelectuales o culturales sustanciales (p. ej., incapacidad para comunicarse con los demás y manejar las actividades cotidianas como un resultado de vivir en una cultura extranjera).

Negligencia del cónyuge o pareja, confirmado

T74.01XA Encuentro inicial

T74.01XD Encuentro posterior

827

Abandono del cónyuge o pareja, sospecha de

T76.01XA Encuentro inicial

T76.01XD Encuentro posterior

Otras Circunstancias Relacionadas con la Negligencia del Cónyuge o

Pareja Z69.11 Visita a los servicios de salud mental para la víctima de negligencia del cónyuge o pareja

Z91.412 Historial personal (historial pasado) de negligencia del cónyuge o pareja **Z69.12**

Visita para servicios de salud mental para el perpetrador de negligencia del cónyuge o pareja negligencia de pareja

Abuso psicológico del cónyuge o pareja Esta categoría se

puede utilizar cuando el abuso psicológico del cónyuge o pareja es un foco de atención clínica. El abuso psicológico del cónyuge o pareja abarca actos verbales o simbólicos no accidentales por parte de una pareja que resultan, o tienen un potencial razonable para resultar, en un daño significativo para la otra pareja. Los actos de abuso psicológico incluyen regañar o humillar a la víctima; interrogar a la víctima; restringir la capacidad de la víctima para entrar y salir libremente; obstruir el acceso de la víctima a la asistencia (p. ej., aplicación de la ley, recursos legales, de protección o médicos); amenazar a la víctima con daño físico o agresión sexual; dañar o amenazar con dañar,

personas o cosas que le importan a la víctima; restricción injustificada del acceso o uso de recursos económicos por parte de la víctima; aislar a la víctima de familiares, amigos o recursos de apoyo social; acechar a la víctima; y tratar de hacer que la víctima cuestione su cordura ("gaslighting").

Abuso del cónyuge o pareja, psicológico, confirmado

T74.31XA Encuentro inicial

T74.31XD Encuentro posterior

Abuso del cónyuge o pareja, psicológico, sospechado

T76.31XA Encuentro inicial

T76.31XD Encuentro posterior

Otras Circunstancias Relacionadas con el Abuso Psicológico del Cónyuge o Pareja Z69.11 Visita a servicios de salud mental para víctima de abuso psicológico del cónyuge o pareja

Z91.411 Historia personal (historia pasada) psicológica del cónyuge o pareja abuso

Z69.12 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico del cónyuge o pareja

Abuso de adultos por personas que no son

cónyuge o pareja Esta categoría se puede utilizar cuando el abuso de un adulto por parte de otro adulto que no es una pareja íntima es un foco de atención clínica. Tal maltrato puede involucrar actos de abuso físico, sexual o emocional. Los ejemplos de abuso de adultos incluyen actos no accidentales de fuerza física (p. ej., empujones, rasguños, bofetadas, lanzamiento de algo que podría lastimar, puñetazos, mordeduras) que han resultado, o tienen un potencial razonable para resultar, en daño físico o han causado miedo significativo. ; actos sexuales forzados o bajo coacción; y actos verbales o simbólicos con el potencial de causar daño psicológico (p. ej., regañar o humillar a la persona; interrogar a la persona; restringir la capacidad de la persona para ir y venir libremente; obstruir el acceso de la persona a

amenazar a la persona; dañar o amenazar con dañar a personas o cosas que le importan a la persona; restringiendo la persona

828

acceso o uso de recursos económicos; aislar a la persona de la familia, los amigos o los recursos de apoyo social; acechar a la persona; tratando de hacer que la persona piense que está loca). Quedan excluidos los actos con el fin de protegerse físicamente a sí mismo oa la otra persona.

**Abuso físico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja,
confirmado T74.11XA Encuentro inicial**

T74.11XD Encuentro posterior

**Abuso físico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja,
sospecha de T76.11XA Encuentro inicial**

T76.11XD Encuentro posterior

**Abuso sexual de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja,
confirmado T74.21XA Encuentro inicial**

T74.21XD Encuentro posterior

**Abuso sexual de adultos por parte de personas que no son cónyuge o
pareja, sospecha de T76.21XA Encuentro inicial**

T76.21XD Encuentro posterior

**Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja,
confirmado T74.31XA Encuentro inicial**

T74.31XD Encuentro posterior

**Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja,
sospecha de T76.31XA Encuentro inicial**

T76.31XD Encuentro posterior

Otras Circunstancias Relacionadas con el Abuso de Adultos por No Cónyuge o No Pareja Z69.81 Visita para servicios de salud mental para la víctima de abuso no conyugal o

abuso de adultos que no son de la pareja

Z69.82 Visita para servicios de salud mental para perpetrador de violencia no conyugal

o abuso de adultos que no son de pareja

Problemas relacionales

Las relaciones clave, especialmente las relaciones íntimas de pareja adulta y las relaciones entre padres, cuidadores e hijos, tienen un impacto significativo en la salud de las personas en estas relaciones. Estas relaciones pueden ser promotoras y protectoras de la salud, neutrales o perjudiciales para los resultados de salud. En casos extremos, estas relaciones cercanas pueden estar asociadas con maltrato o negligencia, lo que tiene importantes consecuencias médicas y psicológicas para el individuo afectado. Un problema relacional puede llamar la atención clínica ya sea como la razón por la cual el individuo busca atención médica o como un problema que afecta el curso, el pronóstico o el tratamiento del trastorno mental u otra condición médica del individuo.

829

Problema relacional padre-hijo

Z62.820 Padre-hijo biológico Z62.821

Padre-hijo adoptivo

Z62.822 Padre-hijo adoptivo

Z62.898 Otro cuidador: niño Para esta

categoría, el término **padre** se usa para referirse a uno de los cuidadores principales del niño, que puede ser un parente biológico, adoptivo o de crianza u otro pariente (como un abuelo) que cumple un papel de parente para el niño. Esta categoría se puede utilizar cuando el enfoque principal de la atención clínica es abordar la calidad de la relación parente-niño o cuando

la calidad de la relación padre-hijo está afectando el curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental u otra condición médica. Por lo general, el problema relacional entre padres e hijos se asocia con un funcionamiento deteriorado en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Ejemplos de problemas de conducta incluyen control, supervisión e involucramiento inadecuado de los padres con el niño; sobreprotección de los padres; excesiva presión de los padres; argumentos que escalan a amenazas de violencia física; y evitación sin resolución de problemas. Los problemas cognitivos pueden incluir atribuciones negativas de las intenciones del otro, hostilidad hacia el otro o convertirlo en chivo expiatorio y sentimientos injustificados de distanciamiento. Los problemas afectivos pueden incluir sentimientos de tristeza, apatía o enojo por la otra persona en la relación. Los médicos deben tener en cuenta las necesidades de desarrollo del niño y el contexto cultural.

Z62.891 Problema de relación entre

hermanos Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es un patrón de interacción entre hermanos que se asocia con un deterioro significativo en el funcionamiento individual o familiar o con el desarrollo de síntomas en uno o más de los hermanos, o cuando un problema relacional entre hermanos está afectando el curso, el pronóstico o el tratamiento del trastorno mental u otra afección médica de un hermano. Esta categoría se puede usar para niños o adultos si el enfoque está en la relación entre hermanos. Los hermanos en este contexto incluyen hermanos completos, medios, hermanastros, adoptivos y adoptivos.

Z63.0 Angustia en la relación con el cónyuge o pareja íntima Esta

categoría puede usarse cuando el enfoque principal del contacto clínico es abordar la calidad de la relación íntima (cónyuge o pareja) o cuando la calidad de esa relación está afectando el curso, el pronóstico , o el tratamiento de un trastorno mental u otra condición médica. Los socios pueden ser del mismo o diferente género. Por lo general, la angustia de la relación se asocia con un funcionamiento deteriorado en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Los ejemplos de problemas de comportamiento incluyen dificultad para resolver conflictos, retraimiento y sobreinvolucramiento. Los problemas cognitivos pueden manifestarse como atribuciones negativas crónicas de las intenciones del otro o rechazos de los comportamientos positivos de la pareja. Los problemas afectivos incluirían tristeza crónica, apatía y/o ira por la otra parte.

Problemas relacionados con el entorno familiar

Z62.29 Crianza lejos de los padres

Esta categoría puede usarse cuando el enfoque principal de la atención clínica se relaciona con problemas relacionados con la crianza de un niño lejos de los padres o cuando esta crianza separada afecta el curso, el pronóstico o el tratamiento de un trastorno mental u otra condición médica. El niño podría ser uno que esté bajo la custodia del estado y colocado bajo el cuidado de un pariente o de crianza temporal. El niño también podría ser alguien que vive en la casa de un pariente que no es de los padres, o con amigos, pero cuya ubicación fuera del hogar no está ordenada ni sancionada por los tribunales. También se incluyen los problemas relacionados con un niño que vive en un hogar colectivo o en un orfanato. Esta categoría excluye problemas relacionados con Z59.3 Problema relacionado con vivir en una institución residencial.

830

Z62.898 Niño afectado por angustia en la relación de los padres

Esta categoría se puede utilizar cuando el centro de atención clínica son los efectos negativos de la discordia en la relación de los padres (p. ej., altos niveles de conflicto, angustia o menosprecio) en un niño de la familia, incluidos los efectos sobre el trastorno mental del niño u otra condición médica.

Z63.5 Interrupción de la familia por separación o divorcio

Esta categoría se puede usar cuando los miembros de una pareja adulta íntima viven separados debido a problemas en la relación o están en proceso de divorcio.

Z63.8 Alto nivel de emoción expresada dentro de la familia

La emoción expresada es un constructo que se utiliza como una medida cualitativa de la "cantidad" de emoción, en particular, hostilidad, sobreinvolucramiento emocional y crítica dirigida a un miembro de la familia que es un paciente identificado, que se muestra en el entorno familiar. Esta categoría se puede utilizar cuando el alto nivel de emoción expresada de una familia es el foco de atención clínica o está afectando el curso, el pronóstico o el tratamiento del trastorno mental u otra condición médica de un miembro de la familia.

Problemas educativos

Estas categorías pueden usarse cuando un problema académico o educativo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el diagnóstico, tratamiento o pronóstico del individuo. Los problemas a considerar incluyen analfabetismo o bajo nivel de alfabetización; falta de acceso a la educación debido a la indisponibilidad o inaccesibilidad; problemas con el desempeño académico (p. ej., desaprobar exámenes escolares, recibir notas o calificaciones reprobatorias) o bajo rendimiento (por debajo de lo que se esperaría dada la capacidad intelectual del individuo); discordia con maestros, personal escolar u otros estudiantes; problemas relacionados con la enseñanza inadecuada; y cualquier otro problema relacionado con la educación y/o la alfabetización.

Z55.0 Analfabetismo y bajo nivel de alfabetización

Z55.1 Escolaridad no disponible e inalcanzable

Z55.2 Exámenes escolares reprobados

Z55.3 Bajo rendimiento en la escuela

Z55.4 Inadaptación educativa y discordia con profesores y compañeros de clase

Z55.8 Problemas relacionados con la enseñanza inadecuada

Z55.9 Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización

Problemas ocupacionales Estas

categorías pueden usarse cuando un problema ocupacional es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Las áreas a considerar incluyen problemas con el empleo o en el entorno laboral, incluidos los problemas relacionados con el estado actual del despliegue militar; desempleo; cambio reciente de trabajo; amenaza de pérdida de empleo; horario de trabajo estresante; incertidumbre sobre las opciones de carrera; acoso sexual en el trabajo; otra discordia con el jefe, supervisor, compañeros de trabajo u otras personas en el ambiente de trabajo; ambientes de trabajo desagradables u hostiles; otra tensión física o mental relacionada con el trabajo; acoso sexual en el trabajo; y cualquier otro problema relacionado con el empleo y/o la ocupación.

Z56.82 Problema relacionado con el estado de despliegue militar actual

Esta categoría puede usarse cuando un problema ocupacional directamente relacionado con el estado de despliegue militar de un individuo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el diagnóstico, tratamiento o pronóstico del individuo. Las reacciones psicológicas al despliegue no se incluyen en esta categoría; tales reacciones se captarían mejor como un trastorno de adaptación u otro trastorno mental.

831

Z56.0 Desempleo Z56.1

Cambio de trabajo

Z56.2 Amenaza de pérdida de trabajo

Z56.3 Horario de trabajo estresante

Z56.4 Discordia con jefe y compañeros de trabajo

Z56.5 Ambiente de trabajo desagradable

Z56.6 Otro esfuerzo físico y mental relacionado con el trabajo

Z56.81 Acoso sexual en el trabajo

Z56.9 Otro problema relacionado con el empleo

Problemas domésticos

Z59.01 Falta de Vivienda Protegida

Esta categoría se puede usar cuando la falta de vivienda protegida tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico de una persona. Se considera que una persona está sin hogar protegido si la residencia nocturna principal es un refugio para personas sin hogar, un refugio de calentamiento, un refugio para violencia doméstica, un motel o una situación de vivienda temporal o de transición.

Z59.02 Falta de vivienda sin protección

Esta categoría se puede utilizar cuando la falta de vivienda sin protección tiene un impacto en el tratamiento o el pronóstico de una persona. Se considera que un individuo es

experimentar la falta de vivienda sin protección si reside en un lugar que no está destinado a la habitación humana, como un espacio público (p. ej., un túnel, una estación de transporte, un centro comercial), un edificio que no está destinado a uso residencial (p. ej., una estructura abandonada, una fábrica sin usar), un automóvil, una cueva, una caja de cartón o alguna otra situación de vivienda ad hoc.

Z59.1 Vivienda inadecuada Esta

categoría se puede utilizar cuando la falta de vivienda adecuada tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico de una persona. Ejemplos de condiciones de vivienda inadecuadas incluyen falta de calefacción (en temperaturas frías) o electricidad, infestación de insectos o roedores, plomería e instalaciones sanitarias inadecuadas, hacinamiento, falta de espacio adecuado para dormir y ruido excesivo. Es importante considerar las normas culturales antes de asignar esta categoría.

Z59.2 Discordia con vecinos, inquilinos o arrendadores Esta

categoría puede usarse cuando la discordia con vecinos, inquilinos o arrendadores es un foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo.

Z59.3 Problema relacionado con vivir en una institución residencial Esta

categoría puede usarse cuando un problema (o problemas) relacionados con vivir en una institución residencial es un foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Las reacciones psicológicas a un cambio en la situación de vida no se incluyen en esta categoría; tales reacciones se captarían mejor como un trastorno de adaptación.

Z59.9 Otro problema de vivienda Esta

categoría se puede usar cuando hay un problema relacionado con las circunstancias de vivienda distintas a las especificadas anteriormente.

Problemas económicos

Estas categorías pueden utilizarse cuando un problema económico es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Las áreas a considerar incluyen la falta de alimentos adecuados (inseguridad alimentaria) o agua potable segura, pobreza extrema, bajos ingresos, seguro social o de salud insuficiente o apoyo social, o cualquier otro problema económico.

Z59.41 Inseguridad alimentaria**Z58.6 Falta de agua potable segura****Z59.5 Pobreza extrema****Z59.6 Bajos ingresos**

Z59.7 Seguro social o de salud o asistencia social insuficiente Esta categoría se puede utilizar para las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad para recibir asistencia social o asistencia social pero que no reciben dicha asistencia, que reciben una asistencia que es insuficiente para satisfacer sus necesidades o que de otro modo carecen de acceso al seguro necesario o programas de apoyo. Los ejemplos incluyen la incapacidad de calificar para el apoyo social debido a la falta de documentación adecuada o prueba de domicilio, la incapacidad de obtener un seguro de salud adecuado debido a la edad o una condición preexistente, y la denegación de apoyo debido a requisitos de ingresos u otros requisitos excesivamente estrictos.

Z59.9 Otro problema económico

Esta categoría puede utilizarse cuando existe un problema relacionado con circunstancias económicas distintas a las especificadas anteriormente.

Problemas relacionados con el entorno social

Z60.2 Problema relacionado con vivir solo Esta

categoría puede usarse cuando un problema asociado con vivir solo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Ejemplos de tales problemas incluyen sentimientos crónicos de soledad, aislamiento y falta de estructura en la realización de actividades de la vida diaria (p. ej., horarios irregulares de comida y sueño, desempeño inconsistente de las tareas de mantenimiento del hogar).

Z60.3 Dificultad de aculturación Esta

categoría se puede utilizar cuando la dificultad para adaptarse a una nueva cultura (p. ej., después de la migración) es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo.

Z60.4 Exclusión o rechazo social Esta

categoría se puede utilizar cuando existe un desequilibrio de poder social tal que existe exclusión social recurrente o rechazo por parte de los demás. Ejemplos de rechazo social incluyen acoso, burlas e intimidación por parte de otros; ser objeto de abuso verbal y humillación por parte de otros; y ser excluido deliberadamente de las actividades de los compañeros, compañeros de trabajo u otros en el entorno social de uno.

Z60.5 Objetivo de discriminación o persecución adversa (percibida) Esta

categoría se puede utilizar cuando se percibe o experimenta discriminación o persecución de la persona en función de su pertenencia (o pertenencia percibida) a una categoría específica. Por lo general, tales categorías incluyen género o identidad de género, raza, etnia, religión, orientación sexual, país de origen, creencias políticas, estado de discapacidad, casta, estado social, peso y apariencia física.

Z60.9 Otro problema relacionado con el entorno social

Esta categoría se puede utilizar cuando existe un problema relacionado con el entorno social del individuo distinto al especificado anteriormente.

Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal Estas categorías pueden usarse cuando un problema relacionado con la interacción con el sistema legal es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Las áreas a considerar incluyen condena en procesos penales, encarcelamiento u otro tipo de encarcelamiento, problemas relacionados con la liberación de la prisión y problemas relacionados con otras circunstancias legales (p. ej., litigios civiles, custodia de menores o procedimientos de manutención).

Z65.0 Condena en procedimientos penales sin encarcelamiento Z65.1

Encarcelamiento u otro encarcelamiento

Z65.2 Problemas relacionados con la liberación de prisión

Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (p. ej., litigios, procedimientos de custodia o manutención de los hijos)

Problemas Relacionados con Otros Psicosociales, Circunstancias personales y ambientales

Z72.9 Problema relacionado con el estilo de

vida Esta categoría puede usarse cuando un problema del estilo de vida es un enfoque específico del tratamiento o afecta directamente el curso, el pronóstico o el tratamiento de un trastorno mental u otra afección médica. Ejemplos de problemas de estilo de vida incluyen falta de ejercicio físico, dieta inadecuada, comportamiento sexual de alto riesgo y mala higiene del sueño. Un problema atribuible a un síntoma de un trastorno mental no debe codificarse a menos que ese problema sea un foco específico de tratamiento o afecte directamente el curso, el pronóstico o el tratamiento del individuo. En tales casos, deben codificarse tanto el trastorno mental como el problema del estilo de vida.

Z64.0 Problemas relacionados con el embarazo no deseado

Z64.1 Problemas relacionados con la multiparidad

Z64.4 Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el oficial de libertad condicional, el administrador de casos o el trabajador de servicios sociales

Z65.4 Víctima de crimen

Z65.4 Víctima de terrorismo o tortura

Z65.5 Exposición a desastres, guerra u otras hostilidades

Problemas relacionados con el acceso a servicios médicos y Otro cuidado de la salud

Estas categorías se pueden utilizar cuando un problema relacionado con el acceso a la atención médica o de otro tipo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo.

Z75.3 Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de las instalaciones de atención médica

Z75.4 Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de otras agencias de ayuda

Circunstancias de la Historia Personal

Z91.49 Historia personal de trauma psicológico

Z91.82 Historia personal de despliegue militar

Otros encuentros de servicios de salud para asesoramiento y asesoramiento médico

Z31.5 Asesoramiento genético

Esta categoría puede usarse para personas que buscan asesoramiento genético para comprender los riesgos de desarrollar un trastorno mental con un componente genético significativo (p. ej., trastorno bipolar) para ellos y otros miembros de la familia, incluidos sus hijos actuales, así como los riesgos para sus futuros hijos.

834

Z70.9 Asesoramiento

sexual Esta categoría se puede utilizar cuando la persona busca asesoramiento relacionado con educación sexual, comportamiento sexual, orientación sexual, actitudes sexuales (vergüenza, timidez), comportamiento u orientación sexual de otros (p. ej., cónyuge, pareja, hijo), disfrute sexual, o cualquier otra cuestión relacionada con el sexo.

Z71.3 Asesoramiento dietético

Esta categoría se puede utilizar cuando la persona busca asesoramiento relacionado con cuestiones dietéticas como el control del peso.

Z71.9 Otro asesoramiento o consulta Esta

categoría se puede utilizar cuando se proporciona asesoramiento o se busca asesoramiento/consulta para un problema que no se especifica arriba o en otra parte de este capítulo (p. ej., asesoramiento sobre la prevención del abuso de drogas en un adolescente).

Condiciones o problemas adicionales que pueden ser un foco de atención clínica

Z91.83 Deambular asociado con un trastorno mental

Esta categoría se puede utilizar para personas con un trastorno mental cuyo deseo de caminar genera problemas significativos de manejo clínico o seguridad. Por ejemplo, las personas con importantes trastornos neurocognitivos o del neurodesarrollo pueden experimentar una necesidad inquieta de deambular que los pone en riesgo de caídas y hace que abandonen los entornos supervisados sin el acompañamiento necesario. Esta categoría excluye a las personas cuya intención es escapar de una situación de vivienda no deseada (p. ej., niños que huyen de casa, personas que ya no desean permanecer en el hospital) o aquellos que caminan o caminan como resultado de la acatisia inducida por medicamentos.

Nota de codificación: Primero codifique el trastorno mental asociado (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del espectro autista), luego codifique Z91.83 deambulación asociada con [trastorno mental específico].

Z63.4 Duelo sin complicaciones

Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es una reacción normal a la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción a tal pérdida, algunas personas en duelo presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. La persona en duelo generalmente considera que el estado de ánimo depresivo es "normal", aunque la persona puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados, como el insomnio o la anorexia. La duración y la expresión del duelo "normal" varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. En sus respectivos textos se proporciona más orientación para distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor y de un trastorno de duelo prolongado.

Problema de fase de vida Z60.0

Esta categoría se puede utilizar cuando un problema de adaptación a una transición del ciclo de vida (una fase particular del desarrollo) es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo.

Ejemplos de tales transiciones incluyen entrar o terminar la escuela, dejar

control de los padres, casarse, comenzar una nueva carrera, convertirse en padre, adaptarse a un "nido vacío" después de que los niños se vayan de casa y jubilarse.

Z65.8 Problema religioso o espiritual Esta

categoría se puede utilizar cuando el centro de atención clínica es un problema religioso o espiritual. Los ejemplos incluyen experiencias angustiosas que implican la pérdida o el cuestionamiento de la fe, los problemas asociados con la conversión a una nueva fe o el cuestionamiento de los valores espirituales que pueden no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o una institución religiosa.

835

Z72.811 Comportamiento antisocial del adulto

Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es el comportamiento antisocial del adulto que no es atribuible a un trastorno mental (p. ej., trastorno de conducta, trastorno de personalidad antisocial). Los ejemplos incluyen el comportamiento de algunos ladrones profesionales, mafiosos o traficantes de sustancias ilegales.

Z72.810 Comportamiento antisocial de niños o adolescentes

Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es el comportamiento antisocial en un niño o adolescente que no es atribuible a un trastorno mental (p. ej., trastorno explosivo intermitente, trastorno de conducta). Los ejemplos incluyen actos antisociales aislados por parte de niños o adolescentes (no un patrón de comportamiento antisocial).

Z91.19 Incumplimiento del tratamiento médico

Esta categoría se puede utilizar cuando el centro de atención clínica es la falta de cumplimiento de un aspecto importante del tratamiento de un trastorno mental u otra afección médica. Las razones de dicha falta de cumplimiento pueden incluir molestias resultantes del tratamiento (p. ej., efectos secundarios de los medicamentos), gastos del tratamiento, juicios de valor personales o creencias religiosas o culturales sobre el tratamiento propuesto, debilidad relacionada con la edad y la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de personalidad). Esta categoría puede usarse solo cuando el problema es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica independiente y no cumple con los criterios de diagnóstico de factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas.

E66.9 Sobrepeso u obesidad

Esta categoría se puede utilizar cuando el sobrepeso o la obesidad es un foco de atención clínica.

Z76.5 Simulación La

característica esencial de la simulación es la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivados por incentivos externos como evitar el servicio militar, evitar el trabajo, obtener una compensación económica, evadir el enjuiciamiento penal u obtener drogas.

En algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo, por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo durante la guerra.

Se debe considerar seriamente la simulación si se observa alguna combinación de lo siguiente:

1. Contexto médico legal de la presentación (p. ej., un abogado remite al individuo al médico para que lo examine, o el individuo se remite a sí mismo mientras el litigio o los cargos penales están pendientes) .
2. Marcada discrepancia entre el estrés o la discapacidad alegados por el individuo y los hallazgos y observaciones objetivos.
3. Falta de cooperación durante la evaluación diagnóstica y en el cumplimiento con el régimen de tratamiento prescrito.
4. La presencia de trastorno de personalidad antisocial.

La simulación difiere del trastorno ficticio en que la motivación para la producción de síntomas en la simulación es un incentivo externo, mientras que en el trastorno ficticio los incentivos externos están ausentes. La simulación se diferencia del trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) y otros trastornos mentales relacionados con síntomas somáticos por la producción intencional de síntomas y por los incentivos externos obvios asociados con ello. La evidencia definitiva de fingir (como una evidencia clara de que la pérdida de la función está presente durante el examen pero no en el hogar) sugeriría un diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo aparente del individuo es asumir el papel de enfermo, o fingir si es para obtener un diagnóstico. incentivo, como el dinero.

R41.81 Deterioro cognitivo relacionado con la

edad Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es un deterioro identificado objetivamente en el funcionamiento cognitivo como consecuencia del proceso de envejecimiento que se encuentra dentro de los límites normales

dada la edad del individuo. Las personas con esta afección pueden informar problemas para recordar nombres o citas o pueden tener dificultades para resolver problemas complejos. Esta categoría debe considerarse solo después de que se haya determinado que el deterioro cognitivo no se explica mejor por un trastorno mental específico o atribuible a una condición neurológica.

R41.83 Funcionamiento intelectual límite Esta

categoría se puede utilizar cuando el funcionamiento intelectual límite de un individuo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Diferenciar el funcionamiento intelectual limítrofe y el trastorno leve del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) requiere una evaluación cuidadosa de las funciones intelectuales y adaptativas y sus discrepancias, particularmente en presencia de trastornos mentales concurrentes que pueden afectar el cumplimiento del paciente con los procedimientos de prueba estandarizados (p. ej., esquizofrenia o trastornos de la atención).
-trastorno por déficit/hiperactividad, con impulsividad severa).

SECCIÓN III

Medidas y modelos emergentes

Medidas de evaluación

Medidas transversales de síntomas

Medida de síntomas transversales de nivel 1 autocalificados por el DSM-5—
Adulto

Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 calificada por
padres o tutores: niños de 6 a 17 años de edad Dimensiones

calificadas por médicos de la gravedad de los síntomas de psicosis Programa
de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0
(WHODAS 2.0)

Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico

Términos clave

Formulación Cultural

Entrevista de formulación cultural central (CFI)

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)—Versión Informante

Conceptos culturales de angustia

Modelo alternativo DSM-5 para trastornos de la personalidad

Condiciones para estudios adicionales

Síndrome de Psicosis Atenuada

Episodios depresivos con hipomanía de corta duración

Trastorno por consumo de cafeína

Trastorno de juegos de Internet

Trastorno neuroconductual asociado con alcohol prenatal

Exposición

Trastorno de conducta suicida

Trastorno de autolesión no suicida

838

839

Esta sección contiene herramientas y técnicas para mejorar la práctica clínica, comprender el contexto cultural de los trastornos mentales y facilitar el estudio adicional de los diagnósticos emergentes propuestos. La inclusión de este material representa un DSM-5 dinámico que evolucionará con los avances en el campo.

Entre las herramientas de la Sección III, Medidas de evaluación proporciona una medida transversal de Nivel 1 calificada por uno mismo/informante que sirve como una revisión de los sistemas a través de los trastornos mentales. También se proporciona una escala de gravedad de los síntomas calificada por médicos para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como el Programa de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, versión 2 (WHODAS 2.0). Medidas de gravedad para los síntomas identificados por el Nivel 1 transversal auto/calificado por el informante disponible en línea (www.psychiatry.org/dsm5) y puede usarse para obtener respuestas Nivel 1.

En el capítulo “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” se proporciona una revisión integral del contexto cultural de los trastornos mentales y la Entrevista de formulación cultural (CFI) para uso clínico. Las versiones del CFI tanto para el médico como para el informante están disponibles en línea (www.psychiatry.org/dsm5). El capítulo también contiene un glosario de ejemplos de conceptos culturales de angustia.

El modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad ofrece una alternativa a la clasificación existente de los trastornos de la personalidad en la Sección II. Este modelo híbrido dimensional-categórico define el trastorno de la personalidad en términos de deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos de la personalidad.

Condiciones para estudios adicionales incluye conjuntos de criterios propuestos y texto descriptivo para nuevas condiciones que son el foco de la investigación activa, como el síndrome de psicosis atenuada y el trastorno por consumo de cafeína.

Medidas de evaluación

Un creciente cuerpo de evidencia científica favorece los conceptos dimensionales en el diagnóstico de los trastornos mentales. Las limitaciones de un enfoque categórico para el diagnóstico incluyen la incapacidad de encontrar zonas de rareza entre los diagnósticos (es decir, la delimitación de los trastornos mentales entre sí por límites naturales), la necesidad de categorías intermedias como el trastorno esquizoafectivo, las altas tasas de comorbilidad, la necesidad del uso frecuente de otros diagnósticos o no especificados, relativa falta de utilidad para promover la identificación de validadores de antecedentes únicos para la mayoría de los trastornos mentales y falta de especificidad del tratamiento para las diversas categorías de diagnóstico.

Tanto desde la perspectiva clínica como de la investigación, existe la necesidad de un enfoque más dimensional que pueda combinarse con el conjunto de diagnósticos categóricos del DSM para capturar mejor la heterogeneidad en la presentación de diversos trastornos mentales y por consumo de sustancias. Este enfoque permite a los médicos u otras personas comunicar mejor la variación particular de las características que se aplican a las presentaciones que cumplen los criterios de un trastorno. Tales características incluyen la gravedad diferencial de los síntomas individuales (incluidos los síntomas que forman parte de las características de diagnóstico, así como los que están asociados con el trastorno) medidos por la intensidad, la duración y el impacto en el funcionamiento. Este enfoque combinado también permite a los médicos u otras personas identificar condiciones que no cumplen los criterios para un trastorno pero que son graves e incapacitantes y necesitan tratamiento.

Se espera que a medida que aumente la comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad para los trastornos mentales y por uso de sustancias basados en la fisiopatología, los neurocircuitos y las interacciones del entorno genético, se incorporarán medidas más objetivas de la psicopatología en los conjuntos de criterios de diagnóstico para mejorar su precisión. Hasta ese momento, las pautas actuales de evaluación psiquiátrica destacan un enfoque dimensional que depende principalmente de los informes subjetivos de las experiencias de síntomas de un individuo junto con la interpretación del médico como un paso importante para mejorar la práctica diagnóstica.

Las medidas de síntomas transversales, modeladas en la revisión de sistemas de medicina general, pueden servir como un enfoque para revisar dominios psicopatológicos críticos en todos los grupos de edad y diagnósticos. La revisión médica general de los sistemas, una lista de preguntas organizadas por sistemas de órganos, es crucial para detectar signos y síntomas de disfunción y enfermedad que el individuo puede presentar o no y que pueden facilitar el diagnóstico y el tratamiento. Una revisión similar de varios sistemas (o dominios) mentales, que es el objetivo de las medidas de síntomas transversales, puede ayudar en una evaluación más completa del estado mental de las personas en la evaluación inicial. La revisión de los sistemas mentales puede llamar la atención sistemáticamente sobre los signos y síntomas de otros dominios de la salud mental y el funcionamiento que pueden ser importantes para el cuidado del individuo. Las medidas transversales tienen dos niveles de indagación: Nivel 1 utiliza

De 1 a 3 preguntas para cada uno de los 13 dominios de síntomas para adultos (autoevaluados) y 12 dominios para niños (de 6 a 17 años, calificados por los padres) y adolescentes (evaluados por niños, de 11 a 17 años) para identificar signos y síntomas emergentes. Las preguntas del nivel 2 brindan una evaluación más profunda de ciertos dominios (p. ej., depresión, ansiedad, manía, ira, irritabilidad, síntomas somáticos). Estas medidas están desarrolladas para ser administradas tanto en la entrevista inicial como en las visitas de seguimiento. Por lo tanto, el uso de estas medidas puede formar aspectos clave de la atención basada en la medición, el proceso mediante el cual se utilizan herramientas de evaluación estandarizadas.

842

administrado y los resultados utilizados para seguir el progreso de las personas a lo largo del tiempo para guiar un plan de atención más preciso. En última instancia, el uso de estas medidas tiene como objetivo informar la atención basada en la medición al identificar áreas de síntomas y preocupaciones emergentes, así como respaldar el monitoreo continuo de los síntomas, el ajuste del tratamiento y los resultados críticos para la provisión de atención de calidad para personas con trastornos mentales y por uso de sustancias. Como resultado, estas medidas de síntomas transversales se han identificado como componentes importantes de la evaluación diagnóstica psiquiátrica en las guías de práctica clínica.

Las **medidas de gravedad** son específicas del trastorno y se corresponden estrechamente con los criterios que constituyen la definición del trastorno. Se pueden administrar a personas que han recibido un diagnóstico o que tienen un síndrome clínicamente significativo que no cumple con todos los criterios para un diagnóstico (p. ej., el uso de las Dimensiones de gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico en personas cuyos síntomas cumplen los criterios para la esquizofrenia).). Algunas de las evaluaciones son autoevaluadas, mientras que otras son calificadas por el médico según la observación del individuo. Al igual que con las medidas de síntomas transversales, estas medidas se pueden administrar tanto en la entrevista inicial como a lo largo del tiempo para hacer un seguimiento de la gravedad del trastorno del individuo y la respuesta al tratamiento. Estas evaluaciones ayudan a operacionalizar la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas; gravedad general de los síntomas; o tipo de síntoma (p. ej., depresión, ansiedad, trastornos del sueño) para muchos, aunque no todos, los diagnósticos del DSM-5 (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastornos psicóticos, trastorno de estrés postraumático, trastorno del espectro autista y trastorno social (pragmático).) trastorno de la comunicación). Los datos obtenidos del uso de estas medidas específicas del trastorno pueden ayudar con el diagnóstico e informar el control de los síntomas y la planificación del tratamiento.

El Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, Versión 2.0 (WHODAS 2.0) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar la capacidad de un individuo para realizar actividades en seis áreas: comprensión y comunicación; Moverse; autocuidado; llevarse bien con la gente; actividades de la vida (p. ej., hogar, trabajo/escuela); y participación en la sociedad. Esta versión de la escala es autoadministrada y fue desarrollada para personas con cualquier condición médica, no solo trastornos mentales. Corresponde a conceptos contenidos en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de la OMS. Esta evaluación también se puede utilizar con el tiempo para realizar un seguimiento de los cambios en el nivel de funcionamiento de una persona. La evaluación del funcionamiento es un aspecto clave de la evaluación diagnóstica psiquiátrica dado que la mayoría de los conjuntos de criterios del DSM 5 incluyen el requisito de que la alteración cause síntomas clínicamente significativos.

angustia o deterioro en el funcionamiento. Las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de tener un deterioro grave en el funcionamiento (es decir, comunicarse o comprender, llevarse bien con los demás, realizar actividades diarias en el trabajo, el hogar o la escuela, participar en actividades sociales) en comparación con las personas con afecciones médicas crónicas. Además, muchas personas buscan ayuda para los trastornos mentales debido al impacto directo de sus trastornos en el deterioro funcional en múltiples dominios y entornos. El deterioro funcional puede afectar el pronóstico en todos los diagnósticos y, si el deterioro funcional residual permanece después de que los síntomas desaparecen, puede conducir a la recurrencia o recaída de afecciones como el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad.

Este capítulo se centra en la Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 (versiones autoevaluadas para adultos y para padres/tutores); las dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de psicosis; y el WHODAS 2.0. Se incluyen instrucciones para el médico, información de puntuación y pautas de interpretación para cada uno. La descripción de la versión calificada para niños no se incluye impresa debido a la similitud general en los elementos, la puntuación y las instrucciones y pautas del médico con la versión calificada para padres/tutores. Estas medidas, incluida la versión calificada para niños y evaluaciones dimensionales adicionales, como las de gravedad diagnóstica, se pueden encontrar en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

843

Medidas transversales de síntomas

Medida de síntomas transversales de nivel 1 La Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 es una medida calificada por el propio informante o por uno mismo que evalúa dominios que son importantes en los diagnósticos psiquiátricos. Su objetivo es ayudar a los médicos a identificar áreas adicionales de investigación que pueden tener un impacto significativo en el tratamiento y el pronóstico del individuo. Además, la medida se puede utilizar para realizar un seguimiento de los cambios en la presentación de los síntomas del individuo a lo largo del tiempo.

La versión para adultos de la medida consta de 23 preguntas que evalúan 13 dominios psiquiátricos, que incluyen depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideación suicida, psicosis, problemas para dormir, memoria, pensamientos y comportamientos repetitivos, disociación, funcionamiento de la personalidad y sustancia. uso ([Cuadro 1](#)). Cada dominio consta de una a tres preguntas. Cada elemento pregunta cuánto (o con qué frecuencia) el síntoma específico ha molestado al individuo durante las últimas 2 semanas. Si la persona tiene una capacidad disminuida y no puede completar el formulario (p. ej., una persona con un trastorno neurocognitivo importante), un informante adulto bien informado puede completar esta medida.

844

TABLA 1 Síntoma transversal de nivel 1 autocalificado por el DSM-5 para adultos

Medida: 13 dominios, umbrales para mayor investigación y medidas asociadas del nivel 2 del DSM-5

Dominio	Nombre de dominio	Umbral para guiar más consultas	Umbral para guiar más consultas	DSM-5 Nivel 2 Transversal	DSM-5 Nivel 2 Transversal
				Síntoma	a
yo.	Depresión	leve o mayor	leve o mayor	Nivel 2—Depresión—Adulto (PROMIS Angustia emocional: forma abreviada)	
II.	Enfado	leve o mayor	leve o mayor	Nivel 2—Ira—Adulto (PROMIS Angustia emocional—Ira—Corto Forma)	
terceros	Manía	leve o mayor	leve o mayor	Nivel 2—Manía—Adulto (Altman Self Escala de manía de calificación [ASRM])	
IV.	Ansiedad	leve o mayor	leve o mayor	Nivel 2—Ansiedad—Adulto (PROMIS Angustia emocional—Ansiedad—Corto Forma)	
EN.	Síntomas somáticos	leve o mayor	leve o mayor	Nivel 2—Síntoma somático—Adulto (Cuestionario de salud del paciente—15 [PHQ 15] Escala de gravedad de síntomas somáticos)	
NOSOTROS	Ideación suicida	leve o mayor	leve o mayor	Ninguno	
VIII.	Psicosis	leve o mayor	leve o mayor	Ninguno	
VIII.	Problemas para dormir	leve o mayor	leve o mayor	Nivel 2—Alteración del sueño—Adulto (PROMIS Alteración del Sueño—Corto Forma)	
IX.	Memoria	leve o mayor	leve o mayor	Ninguno	
X.	Pensamientos y comportamientos repetitivos.	leve o mayor	leve o mayor	Nivel 2—Pensamientos repetitivos y Comportamientos—Adulto (Floripa Obsessive Inventory compulsivo [FOCI] Gravedad Escala)	
XI.	Disociación	leve o mayor	leve o mayor	Ninguno	
XII.	funcionamiento de la personalidad	leve o mayor	leve o mayor	Ninguno	
XIII.	uso de sustancias	leve o mayor	leve o mayor	Nivel 2—Uso de sustancias—Adulto (adaptado del ASSIST modificado por NIDA)	

Nota. NIDA = Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. a

Disponible en www.psychiatry.org/dsm5.

Se encontró que la medida era clínicamente útil y tenía buena confiabilidad en los ensayos de campo del DSM-5 que se realizaron en muestras clínicas de adultos en los Estados Unidos y Canadá. En las pruebas de campo del DSM-5, en las que las calificaciones de los síntomas del individuo se compartieron con el médico antes de la reunión, los individuos informaron que los resultados de la medida ayudaron a facilitar la comunicación durante el encuentro clínico.

Del mismo modo, los médicos de las principales instituciones académicas de investigación médica, así como de los entornos de práctica clínica de rutina, encontraron que las medidas eran clínicamente útiles y viables para la integración en la atención clínica diaria, así como en los entornos clínicos especializados. Además de los resultados de las pruebas de campo del DSM-5, varios estudios han evaluado las propiedades psicométricas de la versión autoevaluada para adultos de la medida transversal de síntomas en una variedad de poblaciones. Por ejemplo, los hallazgos de un gran estudio de estudiantes universitarios que no buscaban tratamiento en los Estados Unidos demostraron una consistencia interna y una validez interna aceptables.

La versión de la medida calificada por padres/tutores (para niños de 6 a 17 años) consta de 25 preguntas que evalúan 12 dominios psiquiátricos, que incluyen depresión, ira, irritabilidad, manía, ansiedad, síntomas somáticos, falta de atención, ideación/intento suicida,

psicosis, trastornos del sueño, pensamientos y comportamientos repetitivos y uso de sustancias (**Tabla 2**). Cada elemento le pide al padre o tutor que califique cuánto (o con qué frecuencia) su hijo se ha sentido molesto por el síntoma psiquiátrico específico durante las últimas 2 semanas. También se encontró que la medida es clínicamente útil y tiene buena confiabilidad en los ensayos de campo del DSM-5 que se realizaron en muestras clínicas pediátricas en los Estados Unidos. Para niños de 11 a 17 años, junto con la calificación de los síntomas del niño por parte del parente/tutor, el médico puede considerar que el niño complete la versión calificada para niños de la medida. La versión calificada para niños de la medida se puede encontrar en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

845

TABLA 2 Síntoma transversal de nivel 1 del DSM-5 calificado por los padres o tutores**Medida para niños de 6 a 17 años: 12 dominios, umbrales para mayor investigación y medidas de Nivel 2 asociadas**

Dominio	Nombre de dominio	Umbral para guiar la investigación adicional	Transversal DSM-5 Nivel 2 Síntoma Medidaa
I.	Síntomas somáticos	leve o mayor	Nivel 2—Síntomas somáticos— Padre/tutor del niño de 6 a 17 años (Cuestionario de salud del paciente–15 [PHQ 15] Escala de gravedad de síntomas somáticos)
II.	Problemas para dormir	leve o mayor	Nivel 2—Alteración del sueño— Padre/tutor del niño de 6 a 17 años (PROMIS Alteración del Sueño—Corto Forma)
tercer	Inatención	leve o mayor	Nivel 2—Falta de atención—Padre/Tutor de Niño de 6 a 17 años (Swanson, Nolan y Pelham, Versión IV [SNAP-IV])
IV.	Depresión	leve o mayor	Nivel 2—Depresión—Padre/Tutor de Niño de 6 a 17 años (PROMIS Emocional Angustia—Depresión—Ítem principal Banco)
EN.	Enfado	leve o mayor	Nivel 2—Ira—Padre/tutor del niño (Medida de ira calibrada PROMIS— Padre)
NOSOTROS.	Irritabilidad	leve o mayor	Nivel 2—Irritabilidad—Padre/Tutor de Niño (Índice de reactividad afectiva [ARI])
VIII.	Manía	leve o mayor	Nivel 2—Manía—Padre/tutor del niño De 6 a 17 años (Manía de autoevaluación de Altman Escala [ASRM])
VIII.	Ansiedad	leve o mayor	Nivel 2—Ansiedad—Padre/Tutor de Niño de 6 a 17 años (PROMIS Emocional Angustia—Ansiedad—Banco principal de artículos)
IX.	Psicosis	leve o mayor	Ninguno
X.	Pensamientos y comportamientos repetitivos.	leve o mayor	Ninguno
XI.	uso de sustancias	Sí	Nivel 2—Uso de sustancias—Padre/tutor de un niño de 6 a 17 años (adaptado del ASSIST modificado por NIDA)
		no sé	ASSIST modificado por NIDA (adaptado): niño Clasificado (de 11 a 17 años)

Dominio Nombre de dominio	Umbral para guiar la investigación adicional	Transversal DSM-5 Nivel 2 Síntoma Medidaa
XII. Ideación suicida/intentos de suicidio	Sí no sé	Ninguno Ninguno

Nota. NIDA = Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. a Disponible en www.psychiatry.org/dsm5.

Puntuación e interpretación. En la versión de la medida autoevaluada por adultos, cada elemento se califica en una escala de 5 puntos (0 = ninguno o nada; 1 = leve o poco frecuente, menos de uno o dos días; 2 = leve o varios días; 3 = moderado o más de la mitad de los días y 4 = severo o casi todos los días). El médico debe revisar la puntuación de cada ítem dentro de un dominio de múltiples ítems, especialmente si no se indica una evaluación de síntomas transversales de Nivel 2, para comprender qué síntoma específico dentro de un dominio es más problemático (p. ej., alucinaciones auditivas o pensamiento). radiodifusión para el dominio de la psicosis) para ayudar a guiar una mayor investigación. Sin embargo, una calificación de leve (es decir, 2) o mayor en cualquier ítem dentro de un dominio, excepto el uso de sustancias, la ideación suicida y la psicosis, sugiere fuertemente la necesidad de

846

indagación adicional y seguimiento para determinar si es necesaria una evaluación más detallada, que puede incluir la evaluación de síntomas transversales de Nivel 2 para el dominio (ver 1). Para el uso de sustancias, la ideación suicida y la psicosis, una calificación de leve (es decir, 1) o mayor en cualquier elemento dentro del dominio puede servir como guía para consultas adicionales y seguimiento para determinar si se necesita una evaluación más detallada. Como tal, el evaluador debe indicar la puntuación más alta dentro de un dominio en la columna "Puntuación de dominio más alta". [La Tabla 1](#) describe los puntajes de umbral que pueden guiar la investigación adicional para los dominios restantes.

En la versión de la medida calificada por los padres/tutores (para niños de 6 a 17 años), 19 de los 25 elementos se califican en una escala de 5 puntos (0 = ninguno o nada; 1 = leve o raro, menos de uno o dos días; 2 = leve o varios días; 3 = moderado o más de la mitad de los días; y 4 = severo o casi todos los días). Los elementos de ideación suicida, intento de suicidio y abuso de sustancias se clasifican en una escala de "Sí, No o No sé". El médico debe revisar la puntuación de cada elemento dentro de un dominio para comprender qué síntoma específico dentro de un dominio es más problemático (p. ej., alucinaciones visuales o auditivas en el dominio de psicosis) para ayudar a guiar la investigación adicional. Sin embargo, con la excepción de la falta de atención y la psicosis, una calificación de leve (es decir, 2) o mayor en cualquier ítem dentro de un dominio que se puntúe en la escala de 5 puntos puede servir como guía para indagaciones adicionales y seguimiento para determinar si es necesaria una evaluación más detallada, que puede incluir la evaluación de síntomas transversales de Nivel 2 para el dominio (consulte [la Tabla 2](#)). Para falta de atención o psicosis, se puede usar una calificación de leve o mayor (es decir, 1 o mayor) como indicador para una investigación adicional. La calificación de un parent o tutor de "No sé" sobre la ideación suicida, el intento de suicidio y cualquiera de los

los ítems de uso de sustancias, especialmente para niños de 11 a 17 años, pueden resultar en un sondeo adicional de los problemas con el niño, incluido el uso de la Medida de síntomas transversales de nivel 2 calificada por niños para el dominio relevante. Debido a que se realiza una consulta adicional sobre la base de la puntuación más alta en cualquier elemento dentro de un dominio, los médicos deben indicar esa puntuación en la columna "Puntuación de dominio más alta". La Tabla 2 describe las puntuaciones de umbral que pueden guiar la investigación adicional para los dominios restantes.

Las instrucciones y pautas del médico para la versión calificada para niños son similares a las de la versión calificada para padres/tutores descrita anteriormente, con la excepción de las categorías de respuesta "No sé", que no están presentes en la versión calificada para niños (ver www.psychiatry.org/dsm5).

Medidas de síntomas transversales de nivel 2 Cualquier

puntuación de umbral en la medida de síntomas transversales de nivel 1 (como se indica en las [tablas 1](#) y [2](#) y se describe en "Puntuación e interpretación") indica una posible necesidad de una investigación clínica detallada. Las medidas de síntomas transversales de nivel 2 proporcionan un método para obtener información más detallada sobre síntomas potencialmente significativos para informar el diagnóstico, la planificación del tratamiento y el seguimiento. Están disponibles en línea en www.psychiatry.org/dsm5. Las [Tablas 1](#) y [2](#) describen cada dominio de Nivel 1 e identifican los dominios para los cuales las Medidas de Síntomas Transversales de Nivel 2 del DSM-5 están disponibles para evaluaciones más detalladas. Las versiones para adultos y pediátricas (padres e hijos) están disponibles en línea para la mayoría de los dominios de síntomas de Nivel 1.

Frecuencia de uso de las medidas transversales de los síntomas Para realizar un seguimiento del cambio en la presentación de los síntomas del individuo a lo largo del tiempo, las medidas transversales de los síntomas del Nivel 1 y del Nivel 2 pueden completarse a intervalos regulares según esté clínicamente indicado, dependiendo de la estabilidad de los síntomas del individuo, síntomas y estado del tratamiento. Para las personas con capacidad disminuida y para los niños de 6 a 17 años, es preferible que las medidas se completen en las citas de seguimiento por el mismo informador informado y por el mismo parent o tutor. Las puntuaciones altas constantes en un dominio en particular pueden indicar síntomas significativos y problemáticos para el individuo que podrían justificar una evaluación, tratamiento y seguimiento adicionales. El juicio clínico debe guiar la toma de decisiones.

847

Medida de síntomas transversales de nivel 1 autocalificados por el DSM-5—Adulto

Nombre: _____ Años: _____ Fecha: _____

Si la medida la está completando un informante, ¿cuál es su relación con el individuo?: _____

*En una semana típica, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasa con la persona?
horas/semana* _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a cosas que podrían haberle molestado. Para cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describa cuánto (o con qué frecuencia) le ha molestado cada problema durante las **últimas DOS (2) SEMANAS**.

	Durante los últimos DOS (2) SEMANAS, ¿cuánto (o con qué frecuencia) le han molestado los siguientes problemas?	Ninguno De nada	Leve Raro, menos de un día o dos	Templado Varios días	Moderado Más de la mitad los días	Severo Casi todos los días	más alto Dominio Puntaje (médico)
yo.	1. ¿Poco interés o placer en hacer las cosas?	0	1	2	3	4	
	2. ¿Se siente triste, deprimido o sin esperanza?	0	1	2	3	4	
II.	3. ¿Se siente más irritado, malhumorado o enojado que de costumbre?	0	1	2	3	4	
tercer	4. ¿Duermes menos de lo normal, pero aún tienes mucha energía?	0	1	2	3	4	
	5. ¿Comenzar muchos más proyectos de lo habitual o hacer cosas más arriesgadas de lo habitual?	0	1	2	3	4	
IV.	6. ¿Te sientes nervioso, ansioso, asustado, preocupado o nervioso?	0	1	2	3	4	
	7. ¿Siente pánico o tiene miedo?	0	1	2	3	4	
	8. ¿Evitar situaciones que lo ponen ansioso?	0	1	2	3	4	
EN.	9. Dolores y molestias inexplicables (p. ej., cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)?	0	1	2	3	4	
	10. ¿Siente que sus enfermedades no se toman lo suficientemente en serio?	0	1	2	3	4	
NOSOTROS.	11. ¿Pensamientos de hacerte daño?	0	1	2	3	4	
848	12. ¿Oír cosas que otras personas no podían oír, como voces incluso cuando no había nadie alrededor?	0	1	2	3	4	
	13. ¿Sientes que alguien puede escuchar tus pensamientos o que tú puedes escuchar lo que otra persona está pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14. ¿Problemas con el sueño que afectaron la calidad del sueño en general?	0	1	2	3	4	
IX.	15. ¿Problemas con la memoria (p. ej., aprender nueva información) o con la ubicación (p. ej., encontrar el camino a casa)?	0	1	2	3	4	
	16. ¿Pensamientos, impulsos o imágenes desagradables que entran repetidamente en su mente?	0	1	2	3	4	
X.	17. ¿Se siente impulsado a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez?	0	1	2	3	4	
XI.	18. Sentirse separado o distante de uno mismo, de su cuerpo,	0	1	2	3	4	

		¿Tu entorno físico o tus recuerdos?							
XII.		¿Sin saber quién es realmente 19. o qué quiere de la vida?	0	1	2	3	4		
		20. ¿No te sientes cerca de otras personas o disfrutas de tus relaciones con ellas?	0	1	2	3	4		
XIII.	21. ¿Bebe al menos 4 tragos de cualquier tipo de alcohol en un solo día?	0	1	2	3	4			
	22. ¿Fuma cigarrillos, puros o pipa, o usa rápe o tabaco para mascar?	0	1	2	3	4			
	23. Use cualquiera de los siguientes medicamentos POR SU CUENTA, es decir, sin receta médica, en cantidades mayores o por más tiempo de lo recetado [p. ej., analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como dormir o Valium), o drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como éxtasis), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes o solventes (como pegamento) o metanfetamina (como speed)]?	0	1	2	3	4			

849

Síntoma transversal de nivel 1 del DSM-5 calificado por los padres o tutores Medida—Niño de 6 a 17 años

El nombre del niño: _____ Años: _____ Fecha: _____

Relación con el niño: _____

Instrucciones (para los padres o tutores del niño): Las siguientes preguntas se refieren a cosas que podrían haber molestado a su hijo. Para cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describa cuánto (o con qué frecuencia) su hijo se ha molestado por cada problema durante las **últimas DOS (2) SEMANAS**.

	Durante los últimos DOS (2) SEMANAS, cuánto (o con qué frecuencia) su hijo...	Ninguno De nada	Leve Raro, menos de un día o dos	Templado Varios días	Moderado Más de la mitad de los días	Severo Casi todos los días	más alto Dominio Puntuación (médico)
yo.	1. ¿Se quejó de dolores de estómago, dolores de cabeza u otros dolores y molestias?	0	1	2	3	4	
	2. ¿Dijo que estaba preocupado por su salud o por enfermarse?	0	1	2	3	4	
II.	3. Tenía problemas para dormir—	0	1	2	3	4	

		es decir, ¿problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o despertarse demasiado temprano?					
tercero	4.	¿Tuvo problemas para prestar atención cuando estaba en clase o haciendo su tarea o leyendo un libro o jugando un juego?	0	1	2	3	4
IV.	5.	¿Se divertía menos haciendo las cosas que antes?	0	1	2	3	4
	6.	¿Pareció triste o deprimido durante varias horas?	0	1	2	3	4
V. y VI.	7.	¿Parecía más irritado o molesto que de costumbre?	0	1	2	3	4
	8.	¿Parecía enojado o perdido los estribos?	0	1	2	3	4
VIII.	9.	¿Comenzar muchos más proyectos de lo habitual o hacer cosas más arriesgadas de lo habitual?	0	1	2	3	4
	10.	¿Duerme menos de lo habitual pero todavía tiene mucha energía?	0	1	2	3	4
VIII.	11.	¿Dijo que se sentía nervioso, ansioso o asustado?	0	1	2	3	4
	12.	¿No has podido dejar de preocuparte?	0	1	2	3	4
	13.	¿Dijo que no podía hacer cosas que quería o que debería haber hecho porque lo ponían nervioso?	0	1	2	3	4
8 5 0	IX.	14. ¿Dijo que escuchó voces—cuando no había nadie—hablando de él/ella o diciéndole qué hacer o diciéndole cosas malas?	0	1	2	3	4
		15. Dijo que tuvo una visión cuando estaba completamente despierto, es decir, ¿vio algo o a alguien que nadie más podía ver?	0	1	2	3	4
X.		16. Dijo que tenía pensamientos que le venían a la mente y que le gustaría hacer algo malo o que algo malo le sucedería a él/ella o a otra persona?	0	1	2	3	4
		17. Dijo que sintió la necesidad de revisar ciertas cosas	0	1	2	3	4

	cosas una y otra vez, como si un puerta estaba cerrada con llave o si la estufa estaba apagada?					
18.	Parecía preocuparse mucho porque las cosas que tocaba estaban sucias, tenían gérmenes o estaban envenenadas.	0	1	2	3	4
19.	¿Dijo que tenía que hacer las cosas de cierta manera, como contar o decir cosas especiales en voz alta, para evitar que sucediera algo malo?	0	1	2	3	4
En las últimas DOS (2) SEMANAS , su hijo...						
XI.	20. ¿Tomó una bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.)?	ÿ Sí	ÿ Sí	ÿ No sé		
	21. ¿Ha fumado un cigarrillo, un puro o una pipa, o usado rapé o tabaco para mascar?	ÿ Sí	ÿ Sí	ÿ No sé		
	22. ¿Usó drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como éxtasis), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes o solventes (como pegamento) o metanfetamina (como speed)?	ÿ Sí	ÿ Sí	ÿ No sé		
	23. ¿Usó algún medicamento sin receta médica (p. ej., analgésicos [como Vicodin], estimulantes [como Ritalin o Adderall], sedantes o tranquilizantes [como pastillas para dormir o Valium] o esteroides)?	ÿ Sí	ÿ Sí	ÿ No sé		
XII.	24. En el pasado DOS (2) SEMANAS , ¿ha hablado de querer quitarse la vida o de querer suicidarse?	ÿ Sí	ÿ Sí	ÿ No sé		
	25. ¿Alguna vez ha tratado de suicidarse?	ÿ Sí	ÿ Sí	ÿ No sé		

Como se describe en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos", los trastornos psicóticos son heterogéneos y la gravedad de los síntomas puede predecir aspectos importantes de la enfermedad, como el grado de déficit cognitivo y/o neurobiológico.

Las evaluaciones dimensionales capturan una variación significativa en la gravedad de los síntomas, lo que puede ayudar con la planificación del tratamiento, la toma de decisiones de pronóstico y la investigación de los mecanismos fisiopatológicos. La medida de gravedad de los síntomas de psicosis calificada por el médico proporciona escalas para la evaluación dimensional de los síntomas primarios de la psicosis, incluidas las alucinaciones, los delirios, el habla desorganizada, el comportamiento psicomotor anormal y los síntomas negativos. También se incluye una escala para la valoración dimensional del deterioro cognitivo. Muchas personas con trastornos psicóticos tienen deficiencias en una variedad de dominios cognitivos, que predicen las habilidades funcionales y el pronóstico.

Además, se proporcionan escalas para la evaluación dimensional de la depresión y la manía, que pueden alertar a los médicos sobre la coexistencia de patologías del estado de ánimo. La gravedad de los síntomas del estado de ánimo en la psicosis tiene valor pronóstico y puede guiar el tratamiento.

Las dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico son una medida de 8 elementos que el médico puede completar en el momento de la evaluación clínica. Cada elemento le pide al médico que califique la gravedad de cada síntoma según lo experimentado por el individuo cuando fue más grave durante los últimos 7 días.

Puntuación e interpretación Cada

elemento de la medida se califica en una escala de 5 puntos (0 = ninguno; 1 = equívoco; 2 = presente, pero leve; 3 = presente y moderado; y 4 = presente y grave) con un síntoma específico. definición de cada nivel de calificación. El médico revisa toda la información disponible del individuo y, basándose en el juicio clínico, selecciona (con una marca de verificación) el nivel que describe con mayor precisión la gravedad del dominio de los síntomas. Luego, el médico indica la puntuación de cada elemento en la columna "Puntuación" proporcionada.

Frecuencia de uso Para

realizar un seguimiento de los cambios en la gravedad de los síntomas de la persona a lo largo del tiempo, la medida puede completarse a intervalos regulares según lo indicado clínicamente, según la estabilidad de los síntomas de la persona y el estado del tratamiento. Los puntajes consistentemente altos en un dominio en particular pueden indicar áreas significativas y problemáticas para el individuo que podrían justificar una evaluación, tratamiento y seguimiento adicionales. El juicio clínico siempre debe guiar la toma de decisiones.

Dimensiones calificadas por médicos de la gravedad de los síntomas de psicosis

Nombre: _____ Años: _____ Fecha: _____

Instrucciones: en función de toda la información que tenga sobre la persona y utilizando su juicio clínico, califique (con una marca de verificación) la presencia y la gravedad de los siguientes síntomas experimentados por la persona, cuando cada síntoma fue más grave en el pasado siete (7) días.

Dominio	0	1	2	3	4	Puntaje
I. Alucinaciones \checkmark No \checkmark Equívocas (severidad o presencia duración no suficiente para ser considerada psicosis)		\checkmark Presente, pero leve (poca presión para actuar sobre las voces u otros tipos de alucinaciones, no le molestan mucho las alucinaciones)	\checkmark Presente y moderado (algo de presión para responder a las voces u otras tipos de alucinaciones, o le molestan un poco las alucinaciones)	\checkmark Presente y severa (presión severa para responder a voces u otro tipo de alucinaciones, o le molestan mucho las alucinaciones)		
II. Delirios \checkmark No \checkmark Equívocos (gravedad o presente) duración no suficiente para ser considerada psicosis)		\checkmark Presente, pero leve (poca presión para actuar sobre creencias delirantes, no muy molesto por tales creencias)	\checkmark Presente y moderado (cierta presión para actuar sobre creencias delirantes, o está algo molesto por tales creencias)	\checkmark Presente y severo (presión severa para actuar sobre creencias delirantes, o está muy molesto por tales creencias)		
tercer Desorganizado \checkmark No \checkmark Equívoco (severidad o habla presente) duración no suficiente para ser considerada desorganización)		\checkmark Presente, pero leve (alguna dificultad para seguir el habla) \checkmark Presente, pero	\checkmark Presente y moderado (habla a menudo difícil de seguir)	\checkmark Presente y grave (habla casi imposible de seguir)		
IV. Conducta psicomotora anormal	\checkmark No \checkmark Equivocado (severidad o presente duración no suficiente para ser considerado comportamiento psicomotor anormal)		leve (comportamiento motor anormal o extraño ocasional o catatonía)	\checkmark Presente y moderado (comportamiento motor anormal o extraño frecuente o catatonía)	\checkmark Presente y grave (comportamiento motor anormal o extraño o catatonía casi constante)	
853	\checkmark No presente	\checkmark Disminución equívoca de expresividad facial, prosodia, gestos o autoiniciado	\checkmark Presente, pero disminución leve de la expresividad facial, la prosodia, los gestos o el comportamiento autoiniciado	\checkmark Disminución presente y moderada de la cara expresividad, prosodia, gestos o comportamiento autoiniciado	\checkmark Disminución presente y grave de la expresividad facial, la prosodia, los gestos o el comportamiento autoiniciado	
VI. Deterioro de la cognición	\checkmark No \checkmark Equívoco (la función cognitiva no está para la edad o semanas de desarrollo esperado para lo esperado de la media)		\checkmark Presente, pero leve (alguna reducción en la función cognitiva; por debajo de lo esperado para la edad y SES, 0,5–1 SD de significar)	\checkmark Presente y moderado (reducción clara de la función cognitiva; debajo esperado para la edad y SES, 1–2 SD de la media)	\checkmark Presente y grave (reducción grave de la función cognitiva; por debajo de lo esperado para la edad y el nivel socioeconómico, > 2 SD de la media)	
VIII. Depresión \checkmark No \checkmark Equivocada (ocasionalmente presente) se siente triste, decaído, deprimido o sin esperanza; preocupado por haberle fallado a alguien o en algo pero no preocupado)		\checkmark Presente, pero leve (períodos frecuentes de sentirse muy triste, decaído, moderadamente deprimido o sin esperanza;	\checkmark Presente y moderado (períodos frecuentes de profunda depresión o desesperanza; preocupación	\checkmark Presente y grave (profundamente deprimido o desesperanzado todos los días; culpa delirante o autorreproche irrazonable groseramente fuera de		

			desesperanzado; preocupado por haber hecho algo malo (alguien o en algo, con algo de preocupación)	preocupación por la culpa, por haber hecho algo malo	extremadamente fuera de proporción con las circunstancias)
VIII. Manía y No	Equívoco (estado de ánimo ocasional presente irritabilidad explosivo o inquietud)		ÿ Presente, pero leve (períodos frecuentes de estado de ánimo algo elevado, expansivo o irritable) o inquietud)	ÿ Presente y moderado (períodos frecuentes de estado de ánimo muy elevado, expansivo o irritable) o inquietud)	ÿ Presente y grave (estado de ánimo o inquietud diarios y muy elevados, expansivos o irritables)

Nota. DE = desviación estándar; SES = nivel socioeconómico.

854

Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0

La versión autoadministrada para adultos del Programa de Evaluación de Discapacidad 2.0 de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) es una medida de 36 ítems que evalúa la discapacidad en adultos mayores de 18 años. Ha sido validado en numerosas culturas en todo el mundo y ha demostrado sensibilidad al cambio. Evalúa la discapacidad en seis dominios, que incluyen comprensión y comunicación, moverse, cuidado personal, llevarse bien con las personas, actividades de la vida (es decir, actividades domésticas, laborales y/o escolares) y participación en la sociedad. Si la persona adulta tiene una capacidad limitada y no puede completar el formulario (p. ej., un paciente con un trastorno neurocognitivo importante), un informante informado puede completar la versión de la medida administrada por un apoderado, que está disponible en www.psychiatry.org/dsm5. Cada elemento de la versión autoadministrada de WHODAS 2.0 le pide al individuo que califique cuánta dificultad ha tenido en áreas específicas de funcionamiento durante los últimos 30 días.

Instrucciones de puntuación de WHODAS 2.0 proporcionadas por la OMS

Puntajes resumidos de WHODAS 2.0. Hay dos opciones básicas para calcular el resumen puntajes para la versión completa de 36 ítems de WHODAS 2.0.

Simple: Los puntajes asignados a cada uno de los ítems—“ninguno” (1), “leve” (2), “moderado” (3), “grave” (4) y “extremo” (5)—se suman para una puntuación bruta total máxima de 180. Este método se denomina puntuación simple porque las puntuaciones de cada uno de los elementos simplemente se suman sin volver a codificar ni colapsar las categorías de respuesta; por lo tanto, no hay ponderación de elementos individuales. Este enfoque es práctico para usar como un enfoque de calificación manual y puede ser el método de elección en entornos clínicos ocupados o en situaciones de entrevistas con papel y lápiz. Como resultado, la simple suma de las puntuaciones de los ítems en todos los dominios constituye una estadística suficiente para describir el grado de limitaciones funcionales.

Complejo: el método más complejo de puntuación se llama "teoría de la respuesta al ítem". (IRT) puntuación basada en. Tiene en cuenta varios niveles de dificultad para cada elemento de WHODAS 2.0. Toma la codificación de la respuesta de cada elemento como "ninguna", "leve", "moderada", "grave" y "extrema" por separado, y luego requiere una computadora para determinar el puntaje total ponderando diferencialmente los elementos y los niveles de gravedad. El programa de computadora está disponible en el sitio Web de la OMS. La puntuación tiene tres pasos:

- Paso 1: Suma de las puntuaciones de los elementos codificados dentro de cada dominio (es decir, para cada elemento, las opciones de respuesta 1 a 5 se convierten en una tasa de 0 a 4, lo que da como resultado una puntuación bruta total de 144).
- Paso 2: suma de las puntuaciones de los seis dominios.
- Paso 3: convertir el puntaje resumido en una métrica que va de 0 a 100 (donde 0 = sin discapacidad; 100 = discapacidad total).

Puntuaciones de dominio de WHODAS 2.0.

WHODAS 2.0 produce puntajes específicos de dominio para seis dominios de funcionamiento diferentes: cognición, movilidad, autocuidado, llevarse bien, actividades de la vida (hogar y trabajo/escuela) y participación.

Normas de población de WHODAS 2.0.

Para conocer las normas de población para la puntuación basada en IRT de WHODAS 2.0 y la distribución de la población de las puntuaciones basadas en IRT para WHODAS 2.0, consulte www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf.

855

Guía adicional de puntuación e interpretación para el DSM-5-TR

Usuarios

Se le pide al médico que revise la respuesta del individuo en cada elemento de la medida durante la entrevista clínica y que indique la puntuación autoinformada para cada elemento en la sección proporcionada para "Uso clínico únicamente". Sin embargo, si el médico determina que la puntuación de un ítem debe ser diferente según la entrevista clínica y otra información disponible, puede indicar una puntuación corregida en el cuadro de puntuación del ítem sin procesar. Según los hallazgos de los ensayos de campo del DSM-5 en muestras de pacientes adultos en seis sitios de los Estados Unidos y uno en Canadá, **el DSM-5-TR recomienda el cálculo y el uso de puntajes promedio para cada dominio y para la discapacidad general**. Las puntuaciones promedio son comparables a la escala de 5 puntos de WHODAS, que permite al médico pensar en la discapacidad del individuo en términos de ninguna (1), leve (2), moderada (3), grave (4) o extrema (5). Se encontró que el dominio promedio y las puntuaciones de discapacidad general eran confiables, fáciles de usar y clínicamente útiles para los médicos en los ensayos de campo del DSM-5.

El **puntaje promedio del dominio** se calcula dividiendo el puntaje bruto del dominio por la cantidad de elementos en el dominio (por ejemplo, si todos los elementos dentro del dominio "comprensión y comunicación" se califican como moderados, entonces el puntaje promedio del dominio sería $18/ 6 = 3$, indicando discapacidad moderada). El **puntaje de discapacidad general promedio** se calcula dividiendo el puntaje general bruto por el número de elementos en la medida (es decir, 36). Se debe alentar a la persona a completar todos los elementos de WHODAS 2.0. Si no se da respuesta a 10 o más elementos de la medida (es decir, más

del 25 % de los 36 ítems totales), el cálculo de las puntuaciones de discapacidad general simples y promedio puede no ser útil. Si faltan 10 o más del total de ítems de la medida, pero los ítems de algunos de los dominios están completos en un 75 %-100 %, se pueden usar las puntuaciones de dominio simples o promedio para esos dominios.

Frecuencia de uso Para

realizar un seguimiento del cambio en el nivel de discapacidad del individuo a lo largo del tiempo, la medida puede completarse a intervalos regulares según lo clínicamente indicado, según la estabilidad de los síntomas del individuo y el estado del tratamiento. Los puntajes consistentemente altos en un dominio en particular pueden indicar áreas significativas y problemáticas para el individuo que podrían justificar una mayor evaluación e intervención.

WHODAS 2.0
World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0
 16-item version, self-administered

Patient Name: _____ Age: _____ Date: _____

This questionnaire asks about difficulties due to health/mental health conditions. Health conditions include diseases or illnesses, other health problems that may be short or long lasting, injuries, mental or emotional problems, and problems with alcohol or drugs. Think back over the past 30 days and answer these questions thinking about how much difficulty you had doing the following activities. For each question, please circle only one response.

						Clinician Use Only							
						Raw Total Score	Raw Domain Score	Average Domain Score					
Number most assigned to each of the items:						1	2	3	4	5			
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:													
Understanding and communicating													
D1.1	Concentrating on doing something for ten minutes?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.2	Remembering to do important things?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.3	Analyzing and finding solutions to problems in day-to-day life?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.4	Learning a new task, for example, learning how to get to a new place?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do	30	5	
D1.5	Generally understanding what people say?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.6	Starting and maintaining a conversation?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Getting around													
D2.1	Standing for long periods, such as 30 minutes?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.2	Standing up from sitting down?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.3	Moving around inside your home?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.4	Getting out of your home?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do	25	5	
D2.5	Walking a long distance, such as a kilometer (or equivalent)?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Self-care													
D3.1	Washing your whole body?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D3.2	Getting dressed?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D3.3	Eating?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D3.4	Staying by yourself for a few days?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do	20	5	
Getting along with people													
D4.1	Dealing with people you do not know?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.2	Maintaining a friendship?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.3	Getting along with people who are close to you?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.4	Making new friends?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do	25	5	
D4.5	Sexual activities?					None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			

						Clinician Use Only						
Numeric scores assigned to each of the items:		1	2	3	4	5	Rate Total	Score	Rate	Score	Rate	Score
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:												
Life activities—Household												
05.1	Taking care of your household responsibilities?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
05.2	Doing most important household tasks well?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
05.3	Getting all of the household work <u>done</u> that you needed to do?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
05.4	Getting your household work done as quickly as needed?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
Life activities—School/Work												
If you work (paid, non-paid, self-employed) or go to school, complete questions 05.5–05.8, below. Otherwise, skip to 06.1.												
Because of your health condition, in the past 30 days, how much difficulty did you have in:												
05.5	Your day-to-day work/school?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
05.6	Doing your most important work/school tasks <u>well</u> ?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
05.7	Getting all of the work <u>done</u> that you need to do?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
05.8	Getting your work done as quickly as needed?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
Participation in society												
In the past 30 days:												
06.1	How much of a problem did you have in <u>joining in</u> community activities (for example, festivities, religious, or other activities) in the same way as anyone else can?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
06.2	How much of a problem did you have because of barriers or hindrances around you?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
06.3	How much of a problem did you have <u>living with</u> dignity because of the attitudes and actions of others?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
06.4	How much time did you spend on your health condition or its consequences?	None	Some	Moderate	A lot	Extreme or cannot do						
06.5	How much have you been <u>emotionally affected</u> by your health condition?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
06.6	How much has your health been a drain on the financial resources of you or your family?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
06.7	How much of a problem did your <u>family</u> have because of your health problems?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
06.8	How much of a problem did you have in doing things <u>by yourself</u> for relaxation or pleasure?	None	Mid	Moderate	Severe	Extreme or cannot do						
General Disability Score (Total)												
300												
5												

© World Health Organization, 2012. All rights reserved. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization, 2010. Geneva.

The World Health Organization has granted the Publisher permission for the reproduction of this instrument. This material can be reproduced without permission by clinicians for use with their own patients. Any other use, including electronic use, requires written permission from WHO.

Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico

Este capítulo proporciona información básica sobre la integración de la cultura y el contexto social en los diagnósticos clínicos, con secciones sobre términos clave, formulación cultural y conceptos culturales de angustia.

- La primera sección define términos que son esenciales para el resto del capítulo: **cultura, raza y etnicidad**.
- La sección Formulación cultural presenta un esquema para una evaluación cultural sistemática centrada en la persona que está diseñada para ser utilizada por cualquier médico que brinde servicios a cualquier individuo en cualquier entorno de atención. Esta sección también incluye un protocolo de entrevista, la Entrevista de Formulación Cultural, que operacionaliza estos componentes. Las presentaciones de los síntomas, las interpretaciones de la enfermedad o situación que precipita la atención y las expectativas de búsqueda de ayuda siempre están influenciadas por los antecedentes culturales y los contextos socioculturales de las personas. Una evaluación cultural centrada en la persona puede ayudar a mejorar la atención de cada individuo, independientemente de sus antecedentes. La formulación cultural puede ser especialmente útil para las personas que se ven afectadas por las disparidades en la atención médica provocadas por la desventaja y la discriminación sistémicas.
- La sección Conceptos culturales de la angustia describe las formas en que las personas expresan, informan e interpretan las experiencias de enfermedad y angustia. Los conceptos culturales de angustia incluyen modismos, explicaciones o causas percibidas y síndromes. Los síntomas se expresan y comunican utilizando **modismos culturales de angustia**: comportamientos o términos lingüísticos, metáforas, frases o formas de hablar sobre síntomas, problemas o sufrimiento que suelen utilizar personas con antecedentes culturales similares para transmitir una amplia gama de preocupaciones. Dichos modismos pueden usarse para un amplio espectro de angustia y pueden no indicar un trastorno psiquiátrico. Los modismos contemporáneos comunes en los Estados Unidos incluyen "agotamiento", "sentirse estresado", "ataque de nervios" y "sentirse deprimido", en el sentido de experimentar insatisfacción o desánimo que no cumple con los criterios de ningún trastorno psiquiátrico. Las explicaciones y los síndromes culturalmente específicos también son comunes y se distribuyen ampliamente entre las poblaciones. Esta sección también proporciona algunos ejemplos ilustrativos de modismos, explicaciones y síndromes de diversas regiones geográficas.

Los ejemplos fueron elegidos porque han sido bien estudiados y su falta de familiaridad para

muchos médicos estadounidenses destacan sus expresiones verbales y conductuales específicas y funciones comunicativas.

Términos clave

Comprender el contexto cultural de la experiencia de la enfermedad es esencial para una evaluación diagnóstica y un tratamiento clínico eficaces.

860

La cultura se refiere a los sistemas de conocimientos, conceptos, valores, normas y prácticas que se aprenden y transmiten de generación en generación. La cultura incluye el idioma, la religión y la espiritualidad, las estructuras familiares, las etapas del ciclo de vida, los rituales ceremoniales, las costumbres y las formas de entender la salud y la enfermedad, así como los sistemas morales, políticos, económicos y legales. Las culturas son sistemas abiertos y dinámicos que experimentan cambios continuos a lo largo del tiempo; en el mundo contemporáneo, la mayoría de los individuos y grupos están expuestos a múltiples contextos culturales, que utilizan para moldear sus propias identidades y dar sentido a la experiencia. Este proceso de creación de significado se deriva del desarrollo y de las experiencias sociales cotidianas en contextos específicos, incluida la atención médica, que puede variar para cada individuo. Gran parte de la cultura involucra conocimientos previos, valores y suposiciones que permanecen implícitas o supuestas y, por lo tanto, pueden ser difíciles de describir para las personas. Estas características de la cultura hacen que sea crucial no generalizar en exceso la información cultural o estereotipar grupos en términos de rasgos culturales fijos. En relación con el diagnóstico, es esencial reconocer que todas las formas de enfermedad y angustia, incluidos los trastornos del DSM, están determinadas por contextos culturales. La cultura influye en cómo las personas moldean sus identidades, así como en cómo interpretan y responden a los síntomas y la enfermedad.

La raza es una construcción social, no biológica, que divide a la humanidad en grupos en función de una variedad de rasgos físicos superficiales, como el color de la piel, que se ha considerado falsamente como indicadores de atributos y capacidades que se supone que son inherentes al grupo. Las categorías y construcciones raciales han variado a lo largo de la historia y entre las sociedades y se han utilizado para justificar sistemas de opresión, esclavitud y genocidio. El constructo de raza es

importante para la psiquiatría porque puede conducir a ideologías raciales, racismo, discriminación y opresión y exclusión social, que tienen fuertes efectos negativos en la salud mental. Existe evidencia de que el racismo puede exacerbar muchos trastornos psiquiátricos, lo que contribuye a un resultado deficiente, y que los prejuicios raciales pueden afectar la evaluación diagnóstica.

La etnicidad es una identidad grupal construida culturalmente que se utiliza para definir pueblos y comunidades. Puede estar arraigado en una historia común, ascendencia, geografía, idioma, religión u otras características compartidas de un grupo, que lo distinguen de los demás. El origen étnico puede ser autoasignado o atribuido por personas ajenas. La creciente movilidad, los matrimonios mixtos y la mezcla de grupos culturales han definido nuevas identidades étnicas mixtas, múltiples o híbridas. Estos procesos también pueden conducir a la dilución de la identificación étnica.

La cultura, la raza y el origen étnico pueden estar relacionados con las desigualdades estructurales políticas, económicas y sociales asociadas con el racismo y la discriminación que dan como resultado disparidades en la salud. Las identidades culturales, étnicas y racializadas pueden ser fuentes de fortaleza y apoyo grupal que mejoran la resiliencia. También pueden generar conflictos psicológicos, interpersonales e intergeneracionales o dificultades de adaptación que requieren un diagnóstico y una evaluación clínica social y culturalmente informados. Los términos clave adicionales relacionados con la racialización y el racismo se definen en la Introducción de la Sección I del DSM-5-TR, en "Cuestiones culturales y sociales estructurales", en la subsección "Impacto del racismo y la discriminación en el diagnóstico psiquiátrico".

Formulación Cultural

Esquema para la Formulación Cultural

El Esquema para la formulación cultural presentado en el DSM-IV proporcionó un marco para evaluar la información sobre las características culturales del problema de salud mental de un individuo y cómo se relaciona con un contexto social y cultural y con la historia. Esta evaluación proporciona información útil sobre el contexto social y la experiencia de la enfermedad relevante para la evaluación de cada

individuo, no sólo aquellos cuyo trasfondo cultural puede ser desconocido para el médico.

861

Actualizado desde el DSM-5, el DSM-5-TR incluye una versión ampliada del Esquema y un enfoque para la evaluación utilizando la Entrevista de Formulación Cultural (CFI), que ha sido probada en el campo entre médicos, pacientes y familiares acompañantes y resultó ser una herramienta de evaluación cultural factible, aceptable y útil.

El Esquema para la Formulación Cultural exige una evaluación sistemática de las siguientes categorías:

- **Identidad cultural del individuo:** describa la demografía del individuo (p. ej., edad, género, origen étnico-racial) u otras características definidas social y culturalmente que pueden influir en las relaciones interpersonales, el acceso a los recursos y los desafíos, conflictos o dificultades actuales y de desarrollo. Otros aspectos clínicamente relevantes de la identidad pueden incluir la afiliación religiosa y la espiritualidad, la clase socioeconómica, la casta, los lugares de nacimiento y crecimiento personal y familiar, la condición de migrante, la ocupación y la orientación sexual, entre otros. Tenga en cuenta qué aspectos de la identidad son priorizados por el individuo y cómo interactúan (interseccionalidad), lo que puede reflejar la influencia del entorno clínico y los problemas de salud. En el caso de los migrantes, se debe tener en cuenta el grado y los tipos de participación tanto en los contextos culturales de origen como en los nuevos contextos culturales. De manera similar, para las personas que se identifican con grupos étnicos y racializados, se debe tener en cuenta el grado de interacción e identificación con su propio grupo y otros segmentos de la sociedad. Las habilidades lingüísticas, las preferencias y los patrones de uso son relevantes para identificar las dificultades de acceso a la atención, la integración social y la comunicación clínica o la necesidad de un intérprete.
- **Conceptos culturales de angustia:** describa las construcciones culturales que influyen en cómo el individuo experimenta, comprende y comunica sus síntomas o problemas a los demás. Estos constructos incluyen modismos culturales de angustia, explicaciones culturales o causas percibidas y síndromes culturales. El nivel de gravedad y significado de las experiencias angustiosas debe evaluarse en relación con las normas del trasfondo cultural del individuo. Los síntomas prioritarios, la gravedad percibida de la enfermedad, el nivel de estigma asociado y los resultados anticipados son todos relevantes. Obtener las expectativas y los planes de búsqueda de ayuda del individuo, la familia o los amigos, así como los patrones de autoafrontamiento y su conexión con los conceptos culturales de angustia del individuo, incluidas las experiencias pasadas de búsqueda de ayuda. Evaluación del afrontamiento y

los patrones de búsqueda de ayuda deben considerar el uso de fuentes de atención tanto profesionales como tradicionales, alternativas o complementarias.

- **Estresores psicosociales y características culturales de la vulnerabilidad y la resiliencia:** identifique los factores estresantes, desafíos y apoyos clave en el entorno social del individuo (que puede incluir eventos tanto locales como distantes). Estos incluyen determinantes sociales de la salud mental del individuo, como el acceso a recursos (p. ej., vivienda, transporte) y oportunidades (p. ej., educación, empleo); exposición al racismo, la discriminación y la estigmatización institucional sistémica; y marginación o exclusión social (violencia estructural). También evalúe el papel de la religión, la familia y otras relaciones interpersonales y redes sociales (p. ej., amigos, vecinos, compañeros de trabajo, foros o grupos en línea) para causar estrés o brindar apoyo emocional, instrumental e informativo. Los estresores sociales y los apoyos sociales varían según el contexto social, la estructura familiar, las tareas de desarrollo y el significado cultural de los eventos. Los niveles de funcionamiento, discapacidad y resiliencia deben evaluarse a la luz de los antecedentes culturales del individuo.

- **Características culturales de la relación entre el individuo y el médico, el equipo de tratamiento y la institución:** identifique las diferencias en los antecedentes culturales, el idioma, la educación y el estatus social, entre otros aspectos de la identidad entre un individuo y el médico (o el equipo de tratamiento y la institución) que puede causar dificultades en la comunicación y puede influir en el diagnóstico y tratamiento. Teniendo en cuenta las formas en que los individuos

862

y los médicos se posicionan socialmente y se perciben unos a otros en términos de categorías sociales pueden influir en el proceso de evaluación. Las experiencias de racismo y discriminación en la sociedad en general pueden impedir establecer confianza y seguridad en el encuentro de diagnóstico clínico. Los efectos pueden incluir problemas para provocar síntomas, malentendidos del significado cultural y clínico de los síntomas y comportamientos, y dificultad para establecer o mantener la relación necesaria para una evaluación precisa y una alianza clínica eficaz.

- **Evaluación cultural general:** Resumir las implicaciones de los componentes de la formulación cultural identificados en secciones anteriores del Esquema para el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales y otras cuestiones o problemas clínicamente relevantes, así como el manejo adecuado. y la intervención del tratamiento.

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)

La Entrevista de formulación cultural (CFI) es un conjunto de protocolos que los médicos pueden usar para obtener información durante una evaluación de salud mental sobre el impacto de la cultura en aspectos clave de la presentación clínica y la atención de un individuo. El CFI consta de tres componentes: el CFI central, un conjunto de 16 preguntas que se pueden utilizar para obtener una evaluación inicial de cualquier individuo; una versión Informante del CFI central para obtener información colateral; y un conjunto de módulos complementarios para ampliar la evaluación según sea necesario. En el CFI, el término **cultura** incluye:

- Los procesos a través de los cuales los individuos asignan significado a la experiencia, a partir de los valores, orientaciones, conocimientos y prácticas de los diversos grupos sociales (p. ej., grupos étnicos, grupos religiosos, grupos ocupacionales, grupos de veteranos) y comunidades en las que participan.
- Aspectos de los antecedentes de las personas, las experiencias de desarrollo y los contextos sociales actuales y la posición que afectan su perspectiva, como la edad, el género, la clase social, el origen geográfico, la migración, el idioma, la religión, la orientación sexual, la discapacidad o el origen étnico o racial.
- La influencia de la familia, los amigos y otros miembros de la comunidad (particularmente, la **red social del individuo**) en la experiencia de la enfermedad del individuo.
- Los antecedentes culturales de los proveedores de atención médica y los valores y suposiciones incorporados en la organización y las prácticas de los sistemas e instituciones de atención médica que pueden afectar la interacción clínica.

Los procesos culturales implican interacciones del individuo con contextos sociales locales y más amplios. Por lo tanto, una evaluación cultural evalúa procesos tanto dentro del individuo como en el mundo social, evaluando tanto el contexto como la persona.

El CFI es una breve entrevista semiestructurada para evaluar sistemáticamente los factores culturales relevantes para el cuidado de cualquier individuo. El CFI se centra en la experiencia del individuo y los contextos sociales del problema clínico, síntomas o preocupaciones. El CFI sigue un enfoque centrado en la persona para la evaluación cultural al obtener información del individuo sobre sus propios puntos de vista y los de otros en su red social. Este enfoque está diseñado para evitar los estereotipos, en el sentido de que el conocimiento cultural de cada individuo afecta la forma en que interpreta la experiencia de la enfermedad y guía la forma en que busca ayuda. Debido a que el CFI se refiere a las opiniones personales del individuo, no hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Él

el núcleo CFI (y la versión para informantes) se incluye más adelante en este capítulo y está disponible en línea en www.psychiatry.org/dsm5; los módulos complementarios también están disponibles en línea.

863

El CFI principal (y la versión del informante) tiene el formato de dos columnas de texto. La columna de la izquierda contiene las instrucciones para administrar el CFI y describe los objetivos para cada dominio de la entrevista. Las preguntas en la columna de la derecha ilustran cómo explorar estos dominios, pero no pretenden ser exhaustivas. Es posible que se necesiten preguntas de seguimiento para aclarar las respuestas de las personas. Las preguntas se pueden reformular según sea necesario. El CFI pretende ser una guía para la evaluación cultural y debe usarse de manera flexible para mantener un flujo natural de la entrevista y la relación con el individuo.

El CFI se utiliza mejor junto con la información demográfica obtenida antes de la entrevista para adaptar las preguntas del CFI para abordar los antecedentes y la situación actual del individuo. Los dominios demográficos específicos que se explorarán con el CFI variarán según las personas y los entornos. Una evaluación integral puede incluir lugar de nacimiento, edad, género, antecedentes étnicos o raciales, estado civil, composición familiar, educación, dominio del idioma, orientación sexual, afiliación religiosa o espiritual, ocupación, empleo, ingresos e historial migratorio.

El CFI se puede utilizar en la evaluación inicial de personas de cualquier edad, en cualquier entorno clínico, independientemente de los antecedentes culturales de la persona o del médico. No obstante, las personas y los médicos que parecen compartir los mismos antecedentes culturales pueden diferir en formas que son relevantes para la atención. El CFI se puede utilizar en su totalidad o se pueden incorporar componentes en una evaluación clínica según sea necesario. El CFI puede ser especialmente útil en la práctica clínica cuando ocurre algo de lo siguiente:

- Dificultad en la evaluación diagnóstica debido a diferencias significativas en los antecedentes culturales, religiosos o socioeconómicos del médico y del individuo.
- Incertidumbre sobre el ajuste entre los síntomas culturalmente distintivos y los criterios diagnósticos.
- Dificultad para juzgar la gravedad o el deterioro de la enfermedad.

- Puntos de vista divergentes de los síntomas o expectativas de atención basados en la experiencia previa con otros sistemas culturales de curación y atención de la salud.
- Desacuerdo entre el individuo y el médico sobre el curso de la atención.
- Desconfianza potencial de los servicios e instituciones principales por parte de individuos con historias colectivas de trauma y opresión.
- Participación limitada y adherencia al tratamiento por parte del individuo.

El CFI central enfatiza cuatro dominios de evaluación: Definición cultural del problema (preguntas 1 a 3); Percepciones culturales de causa, contexto y apoyo (preguntas 4 a 10); factores culturales que afectan el autoafrontamiento y la búsqueda de ayuda en el pasado (preguntas 11 a 13); y factores culturales que afectan la búsqueda actual de ayuda (preguntas 14 a 16). Tanto el proceso centrado en la persona de realizar la CFI como la información que obtiene tienen como objetivo mejorar la validez cultural de la evaluación diagnóstica, facilitar la planificación del tratamiento y promover el compromiso y la satisfacción del individuo. Para lograr estos objetivos, el médico debe integrar la información obtenida del CFI con todo el resto del material clínico disponible en una evaluación clínica y contextual completa. Se puede usar una versión Informant de CFI para recopilar información colateral sobre los dominios de CFI de miembros de la familia o cuidadores.

Se han desarrollado módulos complementarios que amplían cada dominio del CFI central y guían a los médicos que desean explorar estos dominios con mayor profundidad. También se han desarrollado módulos complementarios para poblaciones específicas, como niños y adolescentes, personas mayores, cuidadores e inmigrantes y refugiados. Estos módulos complementarios se mencionan en el CFI central bajo los subtítulos pertinentes y están disponibles en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

Entrevista de formulación cultural central (CFI)

Los módulos complementarios utilizados para ampliar cada subtema de CFI se indican entre paréntesis.

Entrevista de formulación cultural central (CFI)

Las siguientes preguntas tienen como objetivo aclarar las claves

INTRODUCCIÓN PARA EL INDIVIDUO:

Aspectos del problema clínico que se presenta Me gustaría comprender los problemas que *el punto de vista del individuo y otros* le traen aquí para poder ayudarle a ~~el individuo y sus miembros de la red social de tu experiencia e ideas. Haré algunas preguntas (es decir, familiarizadas con las que otras personas)~~ cuál es Recuerde que no hay **significado, posibles fuentes de su problema actual.** Esto incluye las expectativas del problema.

DEFINICIÓN CULTURAL DEL PROBLEMA

Definición cultural del problema

(Modelo Explicativo, Nivel de Funcionamiento)

Obtener la opinión del individuo sobre los problemas centrales y las preocupaciones clave.

Centrarse en la manera propia del individuo de entender el problema.

Usar el término, expresión o descripción breve suscitado en la pregunta 1 para identificar el problema en las preguntas posteriores (p. ej., “su conflicto con su hijo”).

Pregunte cómo el individuo enmarca el problema para los miembros de la red social.

Concéntrese en los aspectos del problema que más importan al individuo.

1. ¿Qué te trae aquí hoy?

SI EL INDIVIDUO DA POCOS DETALLES O

SÓLO MENCIONA SÍNTOMAS O UN

DIAGNÓSTICO MÉDICO, INDAGUE:

Las personas a menudo entienden sus problemas a su manera, que puede ser similar o diferente de cómo los médicos describen el problema. ¿Cómo **describirías** tu problema?

2. A veces, las personas tienen diferentes formas de describir su problema a su familia, amigos u otras personas en su comunidad. ¿Cómo les describirías tu problema?

3. ¿Qué es lo que más le preocupa de su problema?

PERCEPCIONES CULTURALES DE CAUSA, CONTEXTO Y APOYO

Causas

(Modelo Explicativo, Red Social, Adultos Mayores)

Esta pregunta indica el significado de la condición para el individuo, que puede ser relevante para la atención clínica.

Tenga en cuenta que las personas pueden identificar múltiples causas, dependiendo de la faceta del problema que están considerando.

4. ¿Por qué crees que te está pasando esto? ¿Cuáles cree que son las causas de su [PROBLEMA]?

INDIQUE MÁS SI ES NECESARIO: Algunas personas pueden explicar su problema como el resultado de cosas malas que suceden en su vida, problemas con los demás, una enfermedad física, una razón espiritual o muchas otras causas.

Concéntrese en las opiniones de los miembros de la persona. 5. ¿Qué piensan los demás en su familia, sus amigos y en su comunidad que está causando [PROBLEMA]?

Entrevista de formulación cultural central (CFI)

865

Estresores y apoyos

(Red Social, Cuidadores, Estresores Psicosociales, Religión y Espiritualidad, Inmigrantes y Refugiados, Identidad Cultural, Adultos Mayores, Afrontamiento y Búsqueda de Ayuda)

Obtenga información sobre el contexto de vida del individuo, centrándose en los recursos, el apoyo social y la resiliencia. También puede sondear otros apoyos (p. ej., de compañeros de trabajo, de la participación en la religión o la espiritualidad).

Centrarse en los aspectos estresantes de la vida del individuo. ambiente. También puede sondear, por ejemplo, problemas de relación, dificultades en el trabajo o la escuela, o discriminación.

Papel de la identidad cultural

(Identidad Cultural, Estresores Psicosociales, Religión y Espiritualidad, Inmigrantes y Refugiados, Mayores Adultos, Niños y Adolescentes)

A veces, aspectos de los antecedentes de las personas o la identidad puede hacer que su [PROBLEMA] sea mejor o peor. Por **antecedentes o identidad**, me refiero, por ejemplo, a las comunidades a las que pertenece, los idiomas que habla, de dónde son usted o su familia, su raza u origen étnico, su género u orientación sexual, o su fe o religión.

Pídale a la persona que reflexione sobre lo más destacado. elementos de su identidad cultural. Utilice esta información para adaptar las preguntas 9 y 10 según sea necesario.

Obtener aspectos de la identidad que hacen que el problema mejor o peor.

Sondee según sea necesario (p. ej., empeoramiento clínico como resultado de discriminación debido al estado migratorio, raza/etnicidad u orientación sexual).

Sondee según sea necesario (p. ej., información relacionada con la migración). ¿Hay algún aspecto de su origen o identidad que esté causando generaciones o debido a dificultades para usted? roles de genero). otras preocupaciones o problemas? conflicto entre

8. Para ti, ¿cuáles son los aspectos más importantes de tu origen o identidad?

9. ¿Hay algún aspecto de su origen o identidad que haga una diferencia en su [PROBLEMA]?

10. ¿Hay algún aspecto de su origen o identidad que esté causando

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN LA AUTOAPROPIACIÓN Y LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL PASADO

autoafrontamiento

Entrevista de formulación cultural central (CFI)

(Afrontamiento y Búsqueda de Ayuda, Religión y Espiritualidad, Adultos Mayores, Cuidadores, Psicosocial estresores)

Aclarar auto-afrontamiento del problema.

11. A veces las personas tienen varias formas de lidiar con problemas como [PROBLEMA]. ¿Qué ha hecho usted solo para hacer frente a su [PROBLEMA]?

866

Búsqueda de ayuda en el pasado

(Afrontamiento y Búsqueda de Ayuda, Religión y Espiritualidad, Adultos Mayores, Cuidadores, Psicosocial Estresores, Inmigrantes y Refugiados, Red Social, Relación Médico-Paciente)

Obtenga varias fuentes de ayuda (p. ej., atención médica, tratamiento de salud mental, grupos de apoyo, asesoramiento en el trabajo, curación popular, asesoramiento religioso o espiritual, otras formas de curación tradicional o alternativa).

12. A menudo, las personas buscan ayuda de muchos diferentes fuentes, incluyendo diferentes tipos de médicos, ayudantes o curanderos. En el pasado, ¿qué tipo de tratamiento, ayuda, consejo o curación ha buscado para su [PROBLEMA]?

Sondee según sea necesario (p. ej., "¿Qué otras fuentes de SONDEAR SI NO DESCRIBE ayuda has usado?").

UTILIDAD DE LA AYUDA RECIBIDA:

Aclarar la experiencia del individuo y el respeto por ¿Qué tipos de ayuda o tratamiento fueron más útiles? ¿Inútil? **ayuda anterior.**

Barreras

(Afrontamiento y búsqueda de ayuda, Religión y espiritualidad, Adultos mayores, Estresores psicosociales, Inmigrantes y Refugiados, Red Social, Relación Clínico-Paciente)

Aclare el papel de las barreras sociales para buscar ayuda. 13. ¿Algo le ha impedido obtener la ayuda que necesita? **SONDEE SEGÚN SEA NECESARIO: tratamiento previo. acceso a la atención y problemas para participar**

los detalles según sea necesario (p. ej., "¿Qué se interpuso en los compromisos, el estigma o la discriminación, o la falta de manera?"). Por ejemplo, dinero, trabajo o familia. **Indague, idioma o experiencia?** de servicios que entiendan su

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN LA BUSQUEDA ACTUAL DE AYUDA

preferencias

(Red Social, Cuidadores, Religión y Espiritualidad, Adultos Mayores, Afrontamiento y Búsqueda de Ayuda)

Aclarar las necesidades percibidas actuales del individuo y las expectativas de ayuda, definidas en términos generales.

Ahora hablemos un poco más sobre la ayuda que necesita.

Indague si la persona enumera solo una fuente de ayuda (p. ej., "¿Qué otros tipos de ayuda le serían útiles en este momento?").

14. ¿Qué tipo de ayuda cree que le sería más útil en este momento para su [PROBLEMA]?

Entrevista de formulación cultural central (CFI)

Concéntrese en las opiniones de la red social con respecto a la búsqueda de ayuda.

15. ¿Hay otros tipos de ayuda que su familia, amigos u otras personas le hayan sugerido que podrían ser útiles para usted ahora?

867

Relación médico-paciente

(Relación Médico-Paciente, Adultos Mayores)

Obtener posibles inquietudes sobre la clínica o la relación médico-paciente, incluido el racismo percibido, las barreras del idioma o las diferencias culturales que pueden socavar la buena voluntad, la comunicación o la prestación de atención.

A veces, los médicos y los pacientes se malinterpretan porque provienen de entornos diferentes o tienen expectativas diferentes.

Sondee los detalles según sea necesario (p. ej., "¿De qué manera?"). 16. ¿Ha estado preocupado por esto y hay algo que podamos hacer para brindarle la atención que necesita?
Aborde las posibles barreras a la atención o las inquietudes sobre la clínica y la relación médico-paciente planteadas anteriormente.

868

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)—Informante Versión

La versión del informante de CFI recopila información colateral de un informante que tiene conocimiento sobre los problemas clínicos y las circunstancias de la vida del individuo identificado. Esta versión se puede usar para complementar la información obtenida del CFI central o se puede usar en lugar del CFI central cuando el individuo no puede proporcionar información (p. ej., niños o adolescentes, personas con psicosis florida, personas con deterioro cognitivo).

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)—Versión Informante

GUÍA DEL ENTREVISTADOR

LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR ESTÁN
EN CURSIVA.

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)—Versión Informante

Las siguientes preguntas tienen como objetivo aclarar las claves

me gustaría entender los aspectos del problema clínico que se presenta desde el punto de vista del informante. Esto incluye el significado del problema, las posibles fuentes de ayuda y las expectativas de los servicios.

PRESENTACIÓN PARA EL INFORMANTE:

a usted y a él/ella de manera más efectiva. Quiero saber de tu experiencia e ideas.

Haré algunas preguntas sobre lo que está pasando y cómo usted y su familiar/amigo lo están enfrentando. No hay respuestas correctas o incorrectas.

RELACIÓN CON EL PACIENTE

Aclare la relación del informante con el individuo y/o la familia del individuo.

1. ¿Cómo describiría su relación con [EL INDIVIDUO O LA FAMILIA]?

INDAGUE SI NO ESTÁ

CLARO: ¿Con qué frecuencia ve a [INDIVIDUO]?

DEFINICIÓN CULTURAL DEL PROBLEMA

Obtenga la opinión del informante sobre los problemas centrales y las preocupaciones clave.

2. ¿Qué trae aquí a su familiar/amigo? ¿hoy?

Centrarse en la forma de entender del informante el problema del individuo.

SI EL INFORMANTE DA POCOS DETALLES O SÓLO MENCIONA SÍNTOMAS O UN DIAGNÓSTICO MÉDICO, INDAGUE: Las personas a menudo

Usar el término, expresión o descripción breve suscitado en la pregunta 1 para identificar el problema en las preguntas subsiguientes (p. ej., "su conflicto con su hijo").

entienden los problemas a su manera, que puede ser similar o diferente a cómo los médicos describen el problema. ¿Cómo **describiría** el problema de [EL INDIVIDUO]?

Pregunte cómo el informante enmarca el problema para los miembros de la red social.

3. A veces las personas tienen diferentes formas de describiendo el problema a familiares, amigos u otras personas en su comunidad. ¿Cómo les **describiría** el problema de [EL INDIVIDUO]?

Concéntrese en los aspectos del problema que más le importan al informante.

4. ¿Qué es lo que más le preocupa del problema de [EL INDIVIDUO]?

PERCEPCIONES CULTURALES DE CAUSA, CONTEXTO Y APOYO

869

Causas

Esta pregunta indica el significado de la condición para el informante, que puede ser relevante para la atención clínica.

5. ¿Por qué cree que le está pasando esto a [INDIVIDUO]? ¿Cuáles cree que son las causas de su [PROBLEMA]?

Tenga en cuenta que los informantes pueden identificar múltiples causas dependiendo de la faceta del problema que están considerando.

INDIQUE MÁS SI ES NECESARIO: Algunas personas pueden explicar el problema como el resultado de cosas malas que suceden en su vida, problemas con los demás, una enfermedad física, una razón espiritual o muchas otras causas.

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)—Versión Informante

Concéntrese en las opiniones de los miembros de la red social del individuo. Estos pueden ser diversos y variar de los del informante.

6. ¿Qué piensan otros miembros de la familia de [PERSONA], sus amigos u otras personas en la comunidad que está causando que [PERSONA] [PROBLEMA]?

Estresores y apoyos

Obtenga información sobre el contexto de vida del individuo, centrándose en los recursos, el apoyo social y la resiliencia.

7. ¿Hay algún tipo de apoyo que mejore su [PROBLEMA], como familiares, amigos u otras personas?

También puede sondear otros apoyos (p. ej., de compañeros de trabajo, de la participación en la religión o la espiritualidad).

Centrarse en los aspectos estresantes de la vida del individuo. ambiente. También puede sondear, por ejemplo, problemas de relación, dificultades en el trabajo o la escuela, o discriminación.

8. ¿Hay algún tipo de estrés que empeora su [PROBLEMA], como dificultades con el dinero o problemas familiares?

Papel de la identidad cultural

A veces, los aspectos de los antecedentes o la identidad de las personas pueden mejorar o empeorar el [PROBLEMA]. Por **antecedentes o identidad**, me refiero, por ejemplo, a las comunidades a las que pertenece, los idiomas que habla, de dónde son usted o su familia, su raza u origen étnico, su género u orientación sexual, y su fe o religión.

Pida al informante que reflexione sobre los elementos más destacados de la identidad cultural del individuo.

9. Para usted, ¿cuáles son los aspectos más importantes de los antecedentes o la identidad de [EL INDIVIDUO]?

Utilice esta información para adaptar las preguntas 10 y 11 según sea necesario.

Obtener aspectos de la identidad que hacen que el problema mejor o peor.

10. ¿Hay algún aspecto de los antecedentes o la identidad de [EL INDIVIDUO] que marcan una diferencia en su [PROBLEMA]?

Sondee según sea necesario (p. ej., empeoramiento clínico como resultado de discriminación debido al estado migratorio, raza/etnicidad u orientación sexual).

Sondee según sea necesario (p. ej., información relacionada con la migración, entre generaciones o debido a preocupaciones o dificultades para él/ella).

11. ¿Existen aspectos de los antecedentes o la identidad de [EL INDIVIDUO] que están causando otros **problemas; conflicto entre géneros**?

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN LA AUTOAPROPIACIÓN Y LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL PASADO

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)—Versión Informante

Aclarar la forma en que el individuo afronta el problema. 12. A veces las personas tienen varias formas de lidiar con problemas como [PROBLEMA]. ¿Qué ha hecho [EL INDIVIDUO] por su cuenta para hacer frente a su [PROBLEMA]?

Búsqueda de ayuda en el pasado

Obtenga varias fuentes de ayuda (p. ej., atención médica, tratamiento de salud mental, grupos de apoyo, consejería en el trabajo, curación popular, consejería religiosa o espiritual, otra curación alternativa).

Sondee según sea necesario (p. ej., "¿Qué otras fuentes de ayuda ha usado?").

Aclarar la experiencia del individuo y el respeto por la ayuda anterior.

13. A menudo, las personas también buscan ayuda de muchas fuentes diferentes, incluidos diferentes tipos de médicos, ayudantes o curanderos. En el pasado, ¿qué tipo de tratamiento, ayuda, consejo o sanación ha buscado [EL INDIVIDUO] para su [PROBLEMA]?

INVESTIGUE SI NO DESCRIBE LA UTILIDAD DE LA AYUDA RECIBIDA: ¿Qué tipos de ayuda o

tratamiento fueron más útiles? ¿Inútil?

Barreras

Aclarar el papel de las barreras sociales para la búsqueda de ayuda, el acceso a la atención y los problemas relacionados con el tratamiento previo.

Sondee los detalles según sea necesario (p. ej., "¿Qué se interpuso en el camino?").

INDAGUE SEGÚN SEA NECESARIO:

NECESARIO: Por ejemplo, dinero, compromisos laborales o familiares, estigma o discriminación, o falta de servicios que entiendan su idioma o antecedentes.

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN LA BUSQUEDA ACTUAL DE AYUDA

preferencias

Aclare las necesidades percibidas actualmente del individuo y Ahora hablemos de las expectativas de ayuda [INDIVIDUAL] de ayuda, ampliamente definidas, desde el punto de vista del informante.

Indague si el informante enumera solo una fuente de ayuda (p. ej., "¿Qué otros tipos de ayuda serían útiles para [EL INDIVIDUO] en este momento?").

Concéntrese en las opiniones de la red social con respecto a la búsqueda de ayuda.

15. ¿Qué tipo de ayuda le sería más útil en este momento para su [PROBLEMA]?

16. ¿Hay otros tipos de ayuda que **¿La familia, los amigos u otras personas de [EL INDIVIDUO]** han sugerido que serían útiles para él/ella ahora?

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)—Versión Informante

Obtener posibles inquietudes sobre la clínica o la relación médico-paciente, incluido el racismo percibido, las barreras del idioma o las diferencias culturales que pueden socavar la buena voluntad, la comunicación o la prestación de atención.

Sondee los detalles según sea necesario (p. ej., "¿De qué manera?"). 17. Aborde las posibles barreras a la atención o las inquietudes sobre la clínica y la relación médico-paciente planteadas anteriormente.

A veces, los médicos y los pacientes se malinterpretan porque provienen de entornos diferentes o tienen expectativas diferentes.

17. ¿Ha estado preocupado por esto, y hay algo que podamos hacer para brindarle a [INDIVIDUAL] la atención que necesita?

Conceptos culturales de angustia

Relevancia para la evaluación diagnóstica El término **conceptos culturales de angustia** se refiere a las formas en que las personas experimentan, comprenden y comunican el sufrimiento, los problemas de conducta o los pensamientos y emociones preocupantes. Se pueden distinguir tres tipos principales de conceptos culturales de angustia. **Los modismos culturales de angustia** son formas de expresar angustia que pueden no involucrar síntomas o síndromes específicos, pero que brindan formas colectivas y compartidas de experimentar y hablar sobre preocupaciones personales o sociales. Por ejemplo, hablar todos los días sobre “nervios” o “depresión” puede referirse a formas muy variadas de sufrimiento sin asignarse a un conjunto discreto de síntomas, síndrome o trastorno. **Las explicaciones culturales** o las causas percibidas son etiquetas, atribuciones o características de un modelo explicativo que indican un significado culturalmente reconocido o una etiología de los síntomas, la enfermedad o la angustia. **Los síndromes culturales** son grupos de síntomas y atribuciones que tienden a coexistir entre individuos en grupos, comunidades o contextos culturales específicos y que se reconocen localmente como patrones coherentes de experiencia.

Estos tres conceptos culturales de angustia (modismos culturales de angustia, explicaciones culturales y síndromes culturales) son más relevantes para la práctica clínica que la formulación anterior **del síndrome ligado a la cultura**. Específicamente, el término **síndrome ligado a la cultura** ignora el hecho de que clínicamente importante

Las diferencias culturales a menudo implican explicaciones o experiencias de angustia en lugar de configuraciones de síntomas culturalmente distintivas. Además, el término atadura a la **cultura** enfatiza en exceso la medida en que los conceptos culturales de angustia se caracterizan por experiencias altamente idiosincrásicas que están restringidas a regiones geográficas específicas. La formulación actual reconoce que todas las formas de angustia tienen forma local, incluidos los trastornos del DSM. Desde esta perspectiva, muchos diagnósticos del DSM pueden entenderse como prototipos operacionalizados que comenzaron como síndromes culturales y se aceptaron ampliamente como resultado de su utilidad clínica y de investigación. Entre los grupos siguen existiendo diferencias en los patrones culturales en los síntomas, las formas de hablar sobre la angustia y las causas percibidas localmente, que a su vez están asociadas con las estrategias de afrontamiento y los patrones de búsqueda de ayuda.

Los conceptos culturales de angustia surgen de los sistemas de diagnóstico locales "folclóricos" o profesionales para la angustia mental y emocional, y también pueden reflejar la influencia de

872

conceptos biomédicos. Los conceptos culturales de angustia tienen cuatro características clave en relación con la nosología del DSM-5:

- Rara vez existe una correspondencia uno a uno de cualquier concepto cultural de angustia con una entidad diagnóstica del DSM; es más probable que la correspondencia sea de uno a muchos en cualquier dirección. Los síntomas o comportamientos que el DSM-5 podría clasificar en varios trastornos pueden incluirse en un solo concepto cultural de angustia, y diversas presentaciones que el DSM-5 podría clasificar como variantes de un solo trastorno pueden clasificarse en varios conceptos distintos por un sistema de diagnóstico indígena.
- Los conceptos culturales de angustia pueden aplicarse a una amplia gama de síntomas y gravedad funcional, incluidas las presentaciones que no cumplen los criterios del DSM para ningún trastorno mental. Por ejemplo, una persona con un duelo agudo o un problema social puede usar el mismo idioma de angustia o mostrar el mismo síndrome cultural que otra persona con una psicopatología más grave.
- En el uso común, el mismo término cultural frecuentemente denota más de un tipo de concepto cultural de angustia. Un ejemplo familiar puede ser el concepto de "depresión", que puede usarse para describir un síndrome (p. ej., trastorno depresivo mayor), una expresión idiomática de angustia (p. ej., como en la expresión común "Me siento deprimido") o una explicación o causa percibida (p. ej., "el bebé

nació con problemas emocionales porque su madre sufría de depresión durante su embarazo").

- Al igual que la cultura y el DSM mismo, los conceptos culturales de angustia pueden cambiar con el tiempo en respuesta a las influencias locales y globales.

Los conceptos culturales de angustia son importantes para el diagnóstico psiquiátrico por varias razones:

- **Para mejorar la identificación de las preocupaciones de las personas y la detección de la psicopatología:** Hacer referencia a los conceptos culturales de angustia en los instrumentos de detección o en las revisiones de los sistemas puede facilitar la identificación de las preocupaciones de las personas y mejorar la detección de la psicopatología, ya que las personas pueden estar más familiarizadas con estos conceptos culturales de angustia que con la terminología profesional.
- **Para evitar diagnósticos erróneos:** la variación cultural en los síntomas y en los modelos explicativos asociados con estos conceptos culturales de angustia puede hacer que los médicos juzguen mal la gravedad de un problema o asignen un diagnóstico equivocado (p. ej., la sospecha socialmente garantizada puede malinterpretarse como paranoia; las presentaciones de síntomas desconocidos pueden ser mal diagnosticado como psicosis).
- **Para obtener información clínica útil:** Las variaciones culturales en los síntomas y las atribuciones pueden estar asociadas con características particulares de riesgo, resiliencia y resultado. La exploración clínica de los conceptos culturales de angustia puede obtener información sobre el papel que juegan los contextos específicos en el desarrollo y curso de los síntomas y en su respuesta a las estrategias de afrontamiento.
- **Para mejorar la relación y el compromiso clínico:** "Hablar el idioma del paciente", tanto lingüísticamente como en términos de sus conceptos culturales dominantes de angustia y metáforas, puede resultar en una mayor comunicación y satisfacción, facilitar la negociación del tratamiento y conducir a una mayor retención. y adherencia.
- **Para mejorar la eficacia terapéutica:** la cultura influye en los mecanismos psicológicos de un trastorno, que deben comprenderse y abordarse para mejorar la eficacia clínica. Por ejemplo, las cogniciones catastróficas culturalmente específicas pueden contribuir a que los síntomas se conviertan en pánico. ataques
- **Para guiar la investigación clínica:** Las conexiones percibidas localmente entre conceptos culturales de angustia pueden ayudar a identificar patrones de comorbilidad y sustratos biológicos subyacentes. Los conceptos culturales de angustia, particularmente los síndromes culturales, también pueden apuntar a problemas previamente no reconocidos. trastornos o variantes que podrían incluirse en futuras

revisiones nosológicas (p. ej., en un cambio del DSM-IV, se agregó el concepto de posesión a los criterios del DSM-5 para el trastorno de identidad disociativo).

- **Para aclarar la epidemiología cultural:** los conceptos culturales de angustia no son aceptados uniformemente por todos en un contexto cultural determinado. Distinguir los modismos culturales de angustia, las explicaciones culturales y los síndromes culturales proporciona un enfoque para estudiar la distribución de las características culturales de la enfermedad en entornos y regiones, ya lo largo del tiempo. También sugiere preguntas sobre los determinantes culturales del riesgo, el curso y el resultado en entornos clínicos y comunitarios para mejorar la base de pruebas de la investigación cultural.

El DSM-5 incluye información sobre conceptos culturales de angustia para mejorar la precisión del diagnóstico y la exhaustividad de la evaluación clínica. La evaluación clínica de las personas que presentan estos conceptos culturales de angustia debe determinar si su presentación cumple con los criterios del DSM-5 para un trastorno específico o, en cambio, se clasifica mejor como otro diagnóstico **específico**. Una vez que se diagnostica el trastorno, los términos culturales y las explicaciones deben incluirse en las formulaciones de casos; pueden ayudar a aclarar los síntomas y las atribuciones etiológicas que, de otro modo, podrían resultar confusos. Las personas cuyos síntomas no cumplen con los criterios del DSM para un trastorno mental específico aún pueden esperar y requerir tratamiento; esto debe evaluarse caso por caso. Además del CFI y sus módulos informantes y complementarios, el DSM-5-TR contiene la siguiente información y herramientas que pueden ser útiles al integrar la información cultural en la práctica clínica:

- **Datos en el texto DSM-5-TR actualizado para trastornos específicos:** El texto incluye información sobre las variaciones culturales en la expresión de los síntomas; atribuciones de las causas o precipitantes del trastorno; factores asociados con la prevalencia diferencial entre grupos demográficos; normas culturales que pueden afectar el umbral de la patología y la gravedad percibida de la afección; riesgo de diagnóstico erróneo al evaluar a individuos de grupos etnoraciales o marginados socialmente oprimidos; conceptos culturales asociados de angustia; y otro material relevante para el diagnóstico culturalmente informado. Es importante enfatizar que no existe una correspondencia uno a uno a nivel categórico entre los trastornos del DSM y los conceptos culturales de angustia. Por lo tanto, el diagnóstico diferencial para individuos debe incorporar información sobre la variación cultural con la información obtenida por el CFI.

- **Otras Condiciones que Pueden Ser Foco de Atención Clínica:** Algunas de las inquietudes clínicas identificadas por el CFI pueden corresponder a una de las condiciones o problemas enumerados en la Sección II capítulo "Otras Condiciones que Pueden Ser Foco de Atención Clínica" (p. ej., problemas de aculturación, problemas de relación entre padres e hijos, problemas religiosos o espirituales), junto con la código ICD-10-CM asociado.

Ejemplos de conceptos culturales de angustia

Los médicos deben familiarizarse con los conceptos culturales de angustia de las personas para comprender las preocupaciones de las personas y facilitar una evaluación diagnóstica precisa; el uso de la Entrevista de Formulación Cultural puede ayudar en este sentido. Los siguientes diez ejemplos fueron seleccionados para ilustrar algunas de las formas en que los conceptos culturales de angustia pueden afectar el proceso de diagnóstico. Los principios ilustrados con estos ejemplos se pueden aplicar a la miríada de otros conceptos culturales de angustia que se encuentran en contextos culturales específicos.

El mismo término puede usarse para múltiples tipos de conceptos culturales de angustia y presentaciones clínicas, según el contexto. Potencialmente, los conceptos culturales de angustia pueden ocurrir por sí solos o coexistir con cualquier trastorno psiquiátrico e influir en la presentación clínica, el curso y el resultado. Por ejemplo, en las comunidades latinas de EE. UU., el **ataque de nervios** puede ser comórbido con casi todos los trastornos psiquiátricos.

Cada uno de los siguientes ejemplos de conceptos culturales de angustia incluye una descripción de "Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR" para resaltar 1) la Trastornos del DSM-5 que se superponen

874

fenomenológicamente con el concepto cultural de angustia (p. ej., trastorno de pánico y **ataque de nervios**, por su naturaleza paroxística y similitud sintomática) y 2) los trastornos del DSM-5 que con frecuencia se atribuyen a la explicación causal o modismo (p. ej., PTSD y **kufungisisa**).

Ataque de nervios

Ataque de nervios ("ataque de nervios") es un síndrome que se encuentra en contextos culturales latinos, caracterizado por síntomas de intenso malestar emocional,

incluyendo ansiedad aguda, ira o pena; gritando y gritando sin control; ataques de llanto; temblor; calor en el pecho subiendo a la cabeza; y volverse verbal y físicamente agresivo. Las experiencias disociativas (p. ej., despersonalización, desrealización, amnesia), episodios similares a convulsiones o desmayos y la conducta suicida son prominentes en algunos **ataques** pero están ausentes en otros. Una característica general de un **ataque de nervios** es la sensación de estar fuera de control. Los ataques ocurren con frecuencia como resultado directo de un evento estresante relacionado con la familia, como la noticia de la muerte de un pariente cercano, conflictos con el cónyuge o los hijos, o presenciar un accidente que involucra a un miembro de la familia. Para una minoría de individuos, ningún evento social o interpersonal en particular desencadena sus **ataques**; en cambio, su vulnerabilidad a perder el control proviene de la experiencia acumulada de sufrimiento.

No se ha encontrado una relación biunívoca entre el **ataque** y ningún trastorno psiquiátrico específico, aunque varios trastornos, incluido el trastorno de pánico, otros trastornos disociativos especificados o no especificados y el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), tienen superposición sintomática con el **ataque**.

En **muestras** comunitarias, entre el 7 % y el 15 % de los adultos y entre el 4 % y el 9 % de los jóvenes informan ataques entre los latinos de EE. UU., según la región y el subgrupo latino. Se asocia con pensamientos suicidas, discapacidad y utilización psiquiátrica ambulatoria, después del ajuste por diagnósticos psiquiátricos, exposición traumática y otras covariables. Sin embargo, algunos **ataques** representan expresiones normativas de angustia aguda (p. ej., en un funeral) sin secuelas clínicas.

El término **ataque de nervios** también puede referirse a un modismo de angustia que incluye cualquier paroxismo de emotividad similar a un “ataque” (p. ej., risa histérica) y puede usarse para indicar un episodio de pérdida de control en respuesta a un factor estresante intenso.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales Indisposición en Haití, desmayos en varias Indias Occidentales y países del Caribe, y caídas en el sur de los Estados Unidos. Este uso de los términos desmayarse o caerse no debe confundirse con amnesia o desmayos inducidos por el alcohol u otras sustancias.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Ataque de pánico, trastorno de pánico, otro trastorno disociativo especificado o no especificado, trastorno de síntomas neurológicos funcionales, trastorno explosivo intermitente, otro especificado o no especificado

trastorno de ansiedad, otros trastornos relacionados con traumas y factores estresantes especificados o no especificados.

Síndrome de Dhat El

síndrome de **Dhat** es un término acuñado en el sur de Asia hace poco más de medio siglo para dar cuenta de las presentaciones clínicas comunes de los hombres jóvenes que atribuyen sus diversos síntomas a la pérdida de semen. A pesar del nombre, no es un síndrome discreto, sino más bien una explicación cultural de la angustia de las personas que se refieren a diversos síntomas, como ansiedad, fatiga, debilidad, pérdida de peso, disfunción eréctil, otras quejas somáticas múltiples y estado de ánimo depresivo. La característica cardinal es la ansiedad y la angustia por la pérdida de **dhat** en ausencia de cualquier disfunción fisiológica identificable. **Dhat** fue identificado por individuos como una secreción blanca que se observó al defecar o al orinar. Las ideas sobre esta sustancia están relacionadas con el concepto de **dhatu** (semen) descrito en el sistema de medicina hindú, Ayurveda, como uno de los siete fluidos corporales esenciales cuyo equilibrio es necesario para mantener la salud.

875

Aunque **el síndrome dhat** se formuló como una categoría clínica para ayudar a informar la práctica clínica local, se ha demostrado que las ideas relacionadas sobre los efectos nocivos de la pérdida de semen están muy extendidas en la población general, lo que sugiere una disposición cultural para explicar los problemas de salud y los síntomas con referencia a dhat. -conceptos relacionados. La investigación en entornos de atención médica ha arrojado diversas estimaciones de la prevalencia del **síndrome dhat** (p. ej., el 64 % de los hombres que asisten a clínicas psiquiátricas en la India por quejas sexuales; el 30 % de los hombres que asisten a clínicas médicas generales en Pakistán). Aunque **el síndrome de dhat** se identifica más comúnmente con hombres jóvenes de entornos socioeconómicos más bajos, los hombres de mediana edad también pueden verse afectados. Se han asociado preocupaciones similares sobre el flujo vaginal blanco (leucorrea) con una variante del concepto para las mujeres. El término **dhat** también se puede utilizar como modismo y explicación causal de las infecciones de transmisión sexual (p. ej., gonorrea, clamidias), en ausencia de angustia psicológica.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales **Koro** en el Sudeste Asiático, particularmente Singapur, y **shen-k'uei** ("deficiencia de riñón") en China.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno eréctil, eyaculación precoz (precoz), otras disfunciones sexuales especificadas o no especificadas, problemas educativos.

Hikikomori

Hikikomori (un término japonés compuesto por **hiku** [retirarse] y **moru** [aislarse]) es un síndrome de retramiento social severo y prolongado que se observa en Japón y que puede resultar en el cese completo de las interacciones en persona con los demás. La imagen típica en **hikikomori** es un hombre adolescente o adulto joven que no sale de su habitación dentro de la casa de sus padres y no tiene interacciones sociales en persona. Este comportamiento puede ser inicialmente sintónico del ego, pero generalmente conduce a la angustia con el tiempo; a menudo se asocia con una alta intensidad de uso de Internet e intercambios sociales virtuales. Otras características incluyen falta de interés o disposición para asistir a la escuela o al trabajo. La directriz de 2010 del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón requiere 6 meses de retiro social para un diagnóstico de **hikikomori**. El retramiento social extremo observado en **hikikomori** puede ocurrir en el contexto de un trastorno DSM-5 establecido ("secundario") o manifestarse de forma independiente ("primario").

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales Se ha informado un aislamiento social prolongado entre adolescentes y adultos jóvenes en muchos entornos, incluidos Australia, Bangladesh, Brasil, China, Francia, India, Irán, Italia, Omán, Corea del Sur, España, Taiwán, Tailandia y los Estados Unidos.

Las personas con comportamientos **de tipo hikikomori** en Japón, India, Corea del Sur y Estados Unidos tienden a mostrar altos niveles de soledad, redes sociales limitadas y deterioro funcional moderado.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Trastorno de ansiedad social, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno del espectro autista, trastorno de personalidad esquizoide, trastorno de personalidad por evitación, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. La condición también puede

asociarse con el trastorno de los juegos de Internet y, en adolescentes, con el rechazo escolar.

Khyâl cap Los

“ataques de khyâl” (khyâl cap), o “ataques de viento”, es un síndrome que se encuentra en contextos culturales camboyanos. Los síntomas comunes incluyen los de los ataques de pánico, como mareos, palpitaciones, dificultad para respirar y extremidades frías, así como otros síntomas de ansiedad y excitación autonómica (p. ej., tinnitus y dolor de cuello). Los ataques de **khyâl** incluyen cogniciones catastróficas centradas en la preocupación de que **khyâl** (una sustancia similar al viento) pueda subir al cuerpo, junto con la sangre, y causar una variedad de efectos graves (p. ej., comprimir los pulmones para causar

876

dificultad para respirar y asfixia; entrar en el cráneo y causar tinnitus, mareos, visión borrosa y un sincopal fatal). Los ataques **de khyâl** pueden ocurrir sin previo aviso, pero con frecuencia son provocados por desencadenantes como pensamientos preocupantes, ponerse de pie (es decir, ortostasis), olores específicos con asociaciones negativas y señales de tipo agorafóbico como ir a espacios llenos de gente o viajar en automóvil. Los ataques **de Khyâl** generalmente cumplen con los criterios de ataque de pánico y pueden dar forma a la experiencia de otros trastornos relacionados con la ansiedad y el trauma y el estrés. Los ataques **de Khyâl** pueden estar asociados con una discapacidad considerable.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales *pen lom* en Laos, *srog rlung gi nad* en Tíbet, **vata** en Sri Lanka y **hwa byung** en Corea.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Ataque de pánico, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por enfermedad.

Kufungisia

Kufungisia (“pensar demasiado” en shona) es una expresión idiomática de angustia y una explicación cultural entre los shona de Zimbabue. Como explicación, se considera que es causante de ansiedad, depresión y problemas somáticos (p. ej., “Me duele el corazón porque pienso demasiado”). como modismo de

malestar psicosocial, es indicativo de dificultades interpersonales y sociales (p. ej., problemas matrimoniales, no tener dinero para cuidar a los hijos, desempleo).

Kufungisia implica reflexionar sobre pensamientos perturbadores, particularmente preocupaciones, incluidas las preocupaciones sobre enfermedades físicas crónicas, como los trastornos relacionados con el VIH.

Kufungisia se asocia con una variedad de psicopatologías, que incluyen síntomas de ansiedad, preocupación excesiva, ataques de pánico, síntomas depresivos, irritabilidad y trastorno de estrés postraumático. En un estudio de una muestra comunitaria aleatoria, dos tercios de los casos identificados por una medida de psicopatología general incluían esta queja.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales: “Pensar demasiado” es una expresión común de angustia y una explicación cultural en muchos países y grupos étnicos; a pesar de algunos puntos en común entre las regiones del mundo, “pensar demasiado” muestra una importante heterogeneidad entre y dentro de los contextos culturales. Se ha descrito en África, Asia, el Caribe y América Latina, Oriente Medio y entre grupos indígenas. “Pensar demasiado” también puede ser un componente clave de síndromes culturales como el “maricón cerebral” en Nigeria. En el caso del “maricón cerebral”, “pensar demasiado” se atribuye principalmente al estudio excesivo, que se considera que daña el cerebro en particular, con síntomas que incluyen sensación de calor o sensación de hormigueo en la cabeza.

Transculturalmente, “pensar demasiado” generalmente hace referencia a pensamientos rumiantes, intrusivos y/o ansiosos, a veces enfocados en una preocupación singular o un trauma pasado y otras veces basados en numerosas preocupaciones actuales. En algunos contextos, se cree que conduce a un trastorno más grave, como psicosis, pensamientos suicidas o incluso la muerte.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de duelo prolongado.

Maladi dyab

Maladi dyab o **maladi satan** (literalmente “enfermedad del diablo/Satanás”, también conocida como “enfermedad enviada”) es una explicación cultural en las comunidades haitianas de diversos trastornos médicos y psiquiátricos, u otras experiencias negativas y problemas de funcionamiento. En este modelo explicativo, la envidia interpersonal y

la malicia hace que las personas dañen a sus enemigos haciendo que los hechiceros envíen enfermedades como psicosis, depresión, fracaso social o académico e incapacidad para realizar actividades de la vida diaria. Estas enfermedades tienen varios nombres (p. ej., ***ekspedisyon, mòvè zespri, kout poud***) en función de cómo se “envían”. Esta explicación etiológica asume que la enfermedad puede ser causada por la envidia y el odio de los demás, provocada por la

877

el éxito económico de la víctima como lo demuestra un nuevo trabajo o una compra costosa. Se supone que la ganancia de una persona produce la pérdida de otra persona, por lo que el éxito visible hace que una persona sea vulnerable a los ataques. La asignación de la etiqueta de "enfermedad transmitida" depende más del modo de inicio, el estatus social y la forma de tratamiento que resulte exitosa que de la presentación de los síntomas. Una amplia gama de trastornos psiquiátricos se puede atribuir a esta explicación cultural. La aparición aguda de nuevos síntomas o un cambio brusco de comportamiento hace sospechar un ataque espiritual. Un individuo que es atractivo, inteligente o rico se percibe como especialmente vulnerable, e incluso los niños pequeños y saludables están en riesgo.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Las preocupaciones sobre enfermedades (típicamente, enfermedades físicas) causadas por envidia o conflicto social son comunes en todos los contextos culturales y, a menudo, se expresan en forma de “mal de ojo” (p. ej., en español, ***mal de ojo***; en italiano, ***mal'occhiu***).

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Aflicción subsindrómica (p. ej., problemas relacionados con el entorno social, problemas educativos), además de una amplia gama de trastornos psiquiátricos; la explicación cultural de las fuerzas sobrenaturales puede conducir a un diagnóstico erróneo de trastorno delirante, tipo persecutorio; o esquizofrenia.

Nervios

Nervios ("nervios") es un idioma cultural común de angustia y explicación causal en contextos culturales latinos en los Estados Unidos y América Latina. **Nervios** se refiere a un estado general de vulnerabilidad a las experiencias estresantes de la vida y a las circunstancias difíciles de la vida. El término **nervios** incluye una amplia gama de síntomas de angustia emocional, perturbaciones somáticas y

incapacidad para funcionar. Los síntomas más comunes atribuidos a los **nervios** incluyen dolores de cabeza y “dolores cerebrales” (tensión occipital del cuello), irritabilidad, trastornos gastrointestinales, dificultades para dormir, nerviosismo, facilidad para llorar, incapacidad para concentrarse, temblores, sensación de hormigueo y **mareos** (mareos con vértigo ocasional). como exacerbaciones).

Nervios es un lenguaje cultural amplio de angustia que abarca el rango de gravedad desde casos sin trastorno mental hasta presentaciones que se asemejan a trastornos de ajuste, ansiedad, depresivos, disociativos, síntomas somáticos o psicóticos. El término también puede referirse a una explicación cultural de múltiples formas de angustia psicológica, especialmente aquellas que involucran debilidad, enervio. **Los nervios** pueden indicar una variedad de condiciones, que muestran variaciones regionales, relacionadas con el sistema nervioso (literalmente, los nervios anatómicos). En las comunidades puertorriqueñas, por ejemplo, los **nervios** incluyen condiciones como “estar nervioso desde la niñez”, que parece ser más un rasgo y puede preceder al trastorno de ansiedad social, y “estar enfermo de los nervios”, que está más relacionado que otras formas de **nervios** a problemas psiquiátricos, especialmente disociación y depresión.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales **Nevra** entre los griegos de Norteamérica, **nierbi** entre los sicilianos de Norteamérica y “nervios” entre los blancos de los Apalaches y Terranova. “Tensión” es un idioma relacionado y una explicación causal entre las poblaciones del sur de Asia.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, otro trastorno disociativo especificado o no especificado, trastorno de síntomas somáticos, esquizofrenia.

Shenjing shuairuo

Shenjing shuairuo (“debilidad del sistema nervioso” en chino mandarín) es un síndrome cultural que integra categorías conceptuales de la Medicina Tradicional China con el constructo occidental de neurastenia.

En la segunda edición revisada de la **Clasificación China de Trastornos Mentales** (CCMD-2-R), **el shenjing shuairuo** se definió como un síndrome compuesto por tres de cinco grupos de síntomas: debilidad (p. ej., fatiga mental), emociones (p. ej., sensación de irritado), excitación (p. ej., aumento de los recuerdos), dolor nervioso (p. ej., dolor de cabeza),

y sueño (p. ej., insomnio). ***Fan nao*** (sentirse molesto) es una forma de irritabilidad mezclada con preocupación y angustia por pensamientos conflictivos y deseos insatisfechos. La tercera edición del CCMD retuvo ***shenjing shuairuo*** como un diagnóstico somatomorfo de exclusión. Sin embargo, China adoptó el ICD-10 como su sistema de clasificación oficial en 2011, desplazando al CCMD; aunque la CIE-10 incluía la neurastenia como categoría diagnóstica, la CIE-11 no lo hace.

El uso de ***shenjing shuairuo*** ha disminuido sustancialmente en los últimos años y parece haber sido reemplazado por modismos de depresión y ansiedad, al menos en áreas urbanas; entre los médicos de salud mental, ***shenjing shuairuo*** puede invocarse en gran medida en las interacciones con pacientes tradicionales para facilitar la comunicación y limitar el estigma asociado con los diagnósticos psiquiátricos.

Los precipitantes destacados de ***shenjing shuairuo*** incluyen factores estresantes relacionados con el trabajo o la familia, pérdida de ***prestigio (mianzi, lianzi)*** y una aguda sensación de fracaso (p. ej., en el rendimiento académico). ***Shenjing shuairuo*** está relacionado con conceptos tradicionales de debilidad (***xu***) y desequilibrios de salud relacionados con deficiencias de una esencia vital (p. ej., el agotamiento de ***qi*** [energía vital] después de un sobreesfuerzo o estancamiento de ***qi*** debido a una preocupación excesiva). En la interpretación tradicional, ***shenjing shuairuo*** se produce cuando los canales corporales (***jing***) que transmiten fuerzas vitales (***shen***) se desregulan como resultado de diversos factores estresantes sociales e interpersonales, como la incapacidad de cambiar una situación crónicamente frustrante y angustiosa. Varios trastornos psiquiátricos están asociados con ***el shenjing shuairuo***, en particular los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y los síntomas somáticos. Sin embargo, en las clínicas médicas de China, hasta el 45 % de los pacientes con ***shenjing shuairuo*** no presentan síntomas que cumplan los criterios de ningún trastorno del DSM-IV.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales Los modismos y síndromes del espectro de neurastenia están presentes en muchos contextos culturales, incluidos India (***ashaktapanna***), Mongolia (***yadargaa***) y Japón (***shinkei-suijaku***), entre otros entornos. Otras condiciones, como el síndrome de fatiga cerebral, el síndrome de agotamiento y el síndrome de fatiga crónica, también están estrechamente relacionadas.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR.

Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad social, fobia específica, trastorno de estrés postraumático.

susto

Susto ("susto") es una explicación cultural de la angustia y la desgracia que prevalece en algunos contextos culturales latinos en América del Norte, Central y del Sur. No se reconoce como una categoría de enfermedad entre los latinos del Caribe. El **susto** es una enfermedad atribuida a un evento aterrador que hace que el alma abandone el cuerpo y da como resultado infelicidad y enfermedad, así como dificultades para desempeñar roles sociales clave. Los síntomas pueden aparecer en cualquier momento, desde días hasta años después de experimentar el susto. En casos extremos, el **susto** puede resultar en la muerte. No hay síntomas definidores específicos para el **susto**; sin embargo, los síntomas que a menudo informan las personas con **susto** incluyen trastornos del apetito; sueño inadecuado o excesivo; sueño o sueños agitados; sentimientos de tristeza, baja autoestima o suciedad; sensibilidad interpersonal; y la falta de motivación para hacer cualquier cosa. Los síntomas somáticos que acompañan al **susto** pueden incluir molestias y dolores musculares, frío en las extremidades, palidez, dolor de cabeza, dolor de estómago y diarrea. Los eventos precipitantes son diversos e incluyen fenómenos naturales, animales, situaciones interpersonales y agentes sobrenaturales, entre otros.

Se han identificado tres tipos sindrómicos de **susto** (denominado **cibih** en lengua zapoteca), cada uno de los cuales tiene una relación diferente con los diagnósticos psiquiátricos. Un **susto** interpersonal caracterizado por sentimientos de pérdida, abandono y falta de amor por la familia, acompañado de síntomas de tristeza, mala imagen de sí mismo y pensamientos suicidas, parece estar estrechamente relacionado con el trastorno depresivo mayor. Cuando el **susto** es el resultado de un evento traumático que juega un papel importante en la formación de los síntomas y en el procesamiento emocional de la experiencia, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático parece más apropiado. Se cree que el **susto**, caracterizado por varios síntomas somáticos recurrentes, por los cuales el individuo busca atención médica de varios médicos, se asemeja a un trastorno de síntomas somáticos.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales Conceptos etiológicos y configuraciones de síntomas similares se encuentran globalmente. En la región andina, el **susto** es

conocido como **espanto**. Las condiciones de pérdida del alma en el sur y sureste de Asia también comparten características con el **susto**. En la pérdida del alma, se cree que las personas que experimentan un susto pierden temporalmente su alma, una parte de su alma o una de muchas almas. Esto hace que el individuo sea vulnerable a otras formas de angustia física y psicológica.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático, otro trauma especificado o no especificado y trastorno relacionado con el estrés, trastorno de síntomas somáticos.

Taijin kyofusho Taijin

kyofusho (“trastorno de miedo interpersonal” en japonés) es un síndrome que se encuentra en contextos culturales japoneses caracterizado por ansiedad y evitación de situaciones interpersonales debido al pensamiento, sentimiento o convicción de que la apariencia y las acciones del individuo en las interacciones sociales son inadecuadas u ofensivo para los demás. **Taijin kyofusho** incluye dos formas relacionadas con la cultura: un "tipo sensible", con extrema sensibilidad social y ansiedad sobre las interacciones interpersonales, y un "tipo ofensivo", en el que la principal preocupación es ofender a los demás. Las variantes incluyen preocupaciones importantes sobre el rubor facial (**sekimen-kyofu**), tener un olor corporal ofensivo (**jiko-shu kyofu**), mirada inapropiada (demasiado o muy poco contacto visual, **jiko-shisen kyofu**) y expresión facial o corporal rígida o incómoda . movimientos (p. ej., rigidez, temblores) o deformidad corporal (**shubo-kyofu**).

Taijin kyofusho es una construcción más amplia que el trastorno de ansiedad social en el DSM-5. **Taijin kyofusho** también incluye síndromes con características de trastorno dismórfico corporal, síndrome de referencia olfativo y trastorno delirante; El trastorno delirante se debe considerar cuando las preocupaciones tienen una calidad delirante y responden mal a la simple reafirmación o al contraejemplo.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales Los síntomas distintivos del **taijin kyofusho** ocurren en contextos culturales específicos y, hasta cierto punto, con una ansiedad social más severa entre culturas. Síndromes similares se encuentran en Corea (**taein kong po**) y otras sociedades que ponen un fuerte énfasis en el mantenimiento consciente de un comportamiento social apropiado en las relaciones interpersonales jerárquicas. Una autoconstrucción interdependiente, que enfatiza la relación del yo con un colectivo y la

la identificación de uno mismo en términos de roles y relaciones sociales puede ser un factor de riesgo para los síntomas de ***taijin kyofusho*** en diversas culturas. La preocupación por ofender a otros a través de un comportamiento social inapropiado, característica del ***taijin kyofusho de tipo ofensivo***, también se ha descrito en varias sociedades, incluidas las de Estados Unidos, Australia, Indonesia y Nueva Zelanda.

Condiciones relacionadas en DSM-5-TR. Trastorno de ansiedad social, trastorno dismórfico corporal, trastorno delirante, trastorno obsesivo-compulsivo, síndrome de referencia olfativo (un tipo de otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y relacionado). El síndrome de referencia olfativo está relacionado específicamente con la variante ***jikoshu-kyofu*** de ***taijin kyofusho***; esta presentación se ve en varias culturas fuera de Japón.

881

Modelo alternativo DSM-5 para Desorden de personalidad

Provisto como una alternativa a la clasificación existente de trastornos de la personalidad en la Sección II, este modelo híbrido dimensional-categórico en la Sección III define el trastorno de la personalidad en términos de deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos de la personalidad. La inclusión de ambos modelos de diagnóstico de trastornos de la personalidad en el DSM-5 refleja la decisión de la Junta Directiva de la APA de preservar la continuidad con la práctica clínica actual, al mismo tiempo que introduce un enfoque alternativo que tiene como objetivo abordar numerosas deficiencias del enfoque de la Sección II sobre la personalidad. Por ejemplo, en el enfoque de la Sección II, los síntomas que cumplen los criterios para un trastorno de la personalidad específico con frecuencia también cumplen los criterios para otros trastornos de la personalidad, y otro trastorno de la personalidad especificado o no especificado es a menudo el diagnóstico correcto (pero en su mayoría no informativo), en el sentido de que los individuos no tienden a presentar patrones de síntomas que se correspondan con un único trastorno de personalidad.

En el siguiente modelo alternativo del DSM-5, los trastornos de la personalidad se caracterizan por deficiencias en el **funcionamiento** de la personalidad y **rasgos** de personalidad patológicos. Los diagnósticos de trastornos de personalidad específicos que pueden derivarse de este modelo incluyen trastornos de personalidad antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. Este enfoque también incluye un diagnóstico de trastorno de personalidad: rasgo especificado (PD-TS) que se puede realizar cuando se considera que existe un trastorno de personalidad pero no se cumplen los criterios para un trastorno específico.

Criterios Generales para el Trastorno de la Personalidad

Criterios Generales para el Trastorno de la Personalidad

- Las características esenciales de un trastorno de la personalidad son A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento personalidad (personal/interpersonal).
- B. Uno o más rasgos patológicos de personalidad.
- C. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo son relativamente inflexibles y generalizadas en una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- D. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo son relativamente estables a lo largo del tiempo, con inicios que se remontan al menos a la adolescencia o la adultez temprana.
- E. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no se explican mejor por otro trastorno mental.
- F. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no se pueden atribuir únicamente a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico grave).
- G. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no se entienden mejor como normales para la etapa de desarrollo o el entorno sociocultural de un individuo.

Un diagnóstico de un trastorno de la personalidad requiere dos determinaciones: 1) una evaluación del nivel de deficiencia en el funcionamiento de la personalidad, que se requiere para el Criterio A, y 2) una evaluación de los rasgos patológicos de la personalidad, que se requiere para el Criterio B. Las deficiencias en El funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad son relativamente inflexibles y

omnipresente en una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio C); relativamente estable a lo largo del tiempo, con inicios que se remontan al menos a la adolescencia o a principios de la edad adulta (Criterio D); no se explica mejor por otro trastorno mental (Criterio E); no atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica (Criterio F); y no mejor entendido como normal para la etapa de desarrollo o el entorno sociocultural de un individuo (Criterio G). Todos los trastornos de la personalidad de la Sección III descritos por los conjuntos de criterios, así como el TP-TS, cumplen estos criterios generales, por definición.

Criterio A: Nivel de funcionamiento de la personalidad

Las alteraciones en el funcionamiento **personal** e **interpersonal** constituyen el núcleo de la psicopatología de la personalidad, y en este modelo de diagnóstico alternativo se evalúan en un continuo. El funcionamiento propio implica identidad y dirección propia; el funcionamiento interpersonal implica empatía e intimidad (ver [Tabla 1](#)). La Escala del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (LPFS; consulte [la Tabla 2](#), págs. 895–898) utiliza cada uno de estos elementos para diferenciar cinco niveles de deterioro, que van desde poco o ningún deterioro (es decir, funcionamiento saludable y adaptativo; Nivel 0) hasta algunos (Nivel 1), deterioro moderado (Nivel 2), grave (Nivel 3) y extremo (Nivel 4).

El deterioro en el funcionamiento de la personalidad predice la presencia de un trastorno de personalidad, y la gravedad del deterioro predice si un individuo tiene más de un trastorno de personalidad o uno de los trastornos de personalidad más graves. Se requiere un nivel moderado de deterioro en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad; este umbral se basa en la evidencia empírica de que el nivel moderado de deterioro maximiza la capacidad de los médicos para identificar con precisión y eficiencia la patología del trastorno de la personalidad.

Criterio B: Rasgos patológicos de la personalidad

Los rasgos patológicos de la personalidad se organizan en cinco grandes dominios: Afectividad negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. Dentro de los cinco **dominios de rasgos** generales hay 25 **facetas de rasgos** específicos que se desarrollaron inicialmente a partir de una revisión de los modelos de rasgos existentes y, posteriormente, a través de una investigación iterativa con muestras de personas que

buscó servicios de salud mental. La taxonomía completa de rasgos se presenta en la Tabla 3 (véanse las págs. 899–901). Los criterios B para los trastornos de personalidad específicos comprenden subconjuntos de las 25 facetas de rasgos, basados en revisiones metaanalíticas y datos empíricos sobre las relaciones de los rasgos con los diagnósticos de trastornos de personalidad del DSM-IV.

Criterios C y D: Omnipresencia y Estabilidad Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad están **relativamente** generalizados en una variedad de contextos personales y sociales, ya que la personalidad se define como un patrón de percepción, relación y pensamiento sobre el entorno y uno mismo. El término refleja **relativamente** el hecho de que todas las personalidades, excepto las más extremadamente patológicas, muestran algún grado de adaptabilidad. El patrón en los trastornos de la personalidad es desadaptativo y relativamente inflexible, lo que conduce a discapacidades sociales, ocupacionales u otras actividades importantes, ya que las personas son incapaces de modificar su pensamiento o comportamiento, incluso ante la evidencia de que su enfoque no está funcionando. Las deficiencias en el funcionamiento y los rasgos de personalidad también son **relativamente** estables. Los rasgos de personalidad, las disposiciones para comportarse o sentir de cierta manera, son más estables que las expresiones sintomáticas de estas disposiciones, pero los rasgos de personalidad también pueden cambiar. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad son más estables que los síntomas.

883

TABLA 1 Elementos del funcionamiento de la personalidad

Ser:

1. **Identidad:** experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre uno mismo y los demás; estabilidad de la autoestima y precisión de la autoevaluación; capacidad y habilidad para regular una variedad de experiencias emocionales.

2. **Autodirección:** búsqueda de objetivos coherentes y significativos a corto plazo y de vida; utilización de normas internas de conducta constructivas y prosociales; capacidad de autorreflexión productiva.

Interpersonal: 1.

Empatía: Comprensión y apreciación de las experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes perspectivas; comprensión de los efectos de la propia conducta sobre los demás.

2. **Intimidad:** profundidad y duración de la conexión con los demás; deseo y capacidad de cercanía; reciprocidad de consideración reflejada en el comportamiento interpersonal.

Criterios E, F y G: Explicaciones alternativas para la patología de la personalidad (diagnóstico diferencial)

En algunas ocasiones, lo que parece ser un trastorno de la personalidad puede explicarse mejor por otro trastorno mental, los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica, o una etapa de desarrollo normal (p. ej., adolescencia, vejez) o el entorno sociocultural del individuo.

Cuando está presente otro trastorno mental, no se realiza el diagnóstico de un trastorno de la personalidad si las manifestaciones del trastorno de la personalidad son claramente una expresión del otro trastorno mental (p. ej., si las características del trastorno esquizotípico de la personalidad están presentes solo en el contexto de la esquizofrenia). . Por otro lado, los trastornos de personalidad pueden diagnosticarse con precisión en presencia de otro trastorno mental, como un trastorno depresivo mayor, y los pacientes con otros trastornos mentales deben ser evaluados para detectar trastornos de personalidad comórbidos porque los trastornos de personalidad a menudo afectan el curso de otros trastornos mentales. Por lo tanto, siempre es apropiado evaluar el funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad para proporcionar un contexto para otras psicopatologías.

Trastornos específicos de la personalidad La Sección

III incluye criterios diagnósticos para los trastornos de la personalidad antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico.

Cada trastorno de la personalidad se define por deficiencias típicas en el funcionamiento de la personalidad (Criterio A) y rasgos patológicos característicos de la personalidad (Criterio B):

- Las características típicas del trastorno de **personalidad antisocial** son la falta de conformidad con el comportamiento legal y ético, y una falta de preocupación egocéntrica e insensible por los demás, acompañada de engaño, irresponsabilidad, manipulación y/o toma de riesgos.
- Las características típicas del trastorno de **la personalidad por evitación** son la evitación de situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales relacionadas con sentimientos de ineptitud e insuficiencia, preocupación ansiosa por la evaluación negativa y el rechazo, y miedo al ridículo o la vergüenza.
- Las características típicas del **trastorno límite de la personalidad** son la inestabilidad de la autoimagen, las metas personales, las relaciones interpersonales y los afectos, acompañada de impulsividad, toma de riesgos y/u hostilidad.

- Las características típicas del **trastorno narcisista de la personalidad** son una autoestima variable y vulnerable, con intentos de regulación a través de la búsqueda de atención y aprobación, y grandiosidad abierta o encubierta.

884

- Las características típicas del **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** son las dificultades para establecer y mantener relaciones cercanas, asociadas con un perfeccionismo rígido, inflexibilidad y expresión emocional restringida.
- Las características típicas del **trastorno esquizotípico de la personalidad** son deficiencias en la capacidad para las relaciones sociales y cercanas, y excentricidades en la cognición, la percepción y el comportamiento que se asocian con una autoimagen distorsionada y metas personales incoherentes y acompañadas de suspicacia y expresión emocional restringida.

A continuación se presentan los criterios A y B para los seis trastornos específicos de la personalidad y para el TP-TS. Todos los trastornos de la personalidad también cumplen los criterios C a G de los Criterios generales para el trastorno de la personalidad.

Trastorno de personalidad antisocial Las

características típicas del trastorno de personalidad antisocial son la falta de conformidad con el comportamiento legal y ético, y una falta de preocupación egocéntrica e insensible por los demás, acompañada de engaño, irresponsabilidad, manipulación y/o toma de riesgos. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos específicos de mala adaptación en los dominios de antagonismo y desinhibición.

Criterios de diagnóstico propuestos

- A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. **Identidad:** Egocentrismo; autoestima derivada de la ganancia personal, el poder o el placer.

2. **Autodirección:** Establecimiento de metas basado en la gratificación personal; ausencia de estándares internos prosociales, asociada con la falta de conformidad con el comportamiento ético legal o culturalmente normativo.
 3. **Empatía:** Falta de preocupación por los sentimientos, necesidades o sufrimiento de los demás; falta de remordimiento después de lastimar o maltratar a otro.
 4. **Intimidad:** Incapacidad para relaciones mutuamente íntimas, ya que la explotación es un medio principal de relacionarse con los demás, incluso mediante el engaño y la coerción; uso de dominio o intimidación para controlar a otros.
- B. Seis o más de las siguientes siete personalidad patológica rasgos:
1. **Manipulación** (un aspecto del **antagonismo**): uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros; uso de la seducción, el encanto, la ligereza o la adulación para lograr los propios fines.
 2. **Insensibilidad** (un aspecto del **Antagonismo**): Falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás; falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o dañinos de las acciones propias sobre los demás; agresión; sadismo.
 3. **Engaño** (un aspecto del **Antagonismo**): Deshonestidad y fraude; tergiversación de uno mismo; embellecimiento o fabricación al relatar eventos.
 4. **Hostilidad** (un aspecto del **Antagonismo**): Sentimientos de ira persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a deseires e insultos menores; comportamiento mezquino, desagradable o vengativo.
 5. **Asunción de riesgos** (un aspecto de la **desinhibición**): participación en actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo, innecesariamente y sin tener en cuenta las consecuencias; propensión al aburrimiento e iniciación irreflexiva de actividades para contrarrestar el aburrimiento; despreocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad del peligro personal.

6. **Impulsividad** (un aspecto de la **Desinhibición**): Actuar de improviso en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de manera momentánea sin un plan o consideración de los resultados; Dificultad para establecer y seguir planes.

885

7. **Irresponsabilidad** (un aspecto de la **Desinhibición**): Indiferencia y falta de cumplimiento de las obligaciones o compromisos financieros y de otro tipo; falta de respeto y falta de cumplimiento de acuerdos y promesas.

Nota. El individuo tiene al menos 18 años de edad.

Especificar

si: **Con rasgos psicopáticos**

especificadores. Una variante distinta, a menudo denominada **psicopatía** (o psicopatía “primaria”), se caracteriza por una falta de ansiedad o miedo y por un estilo interpersonal audaz que puede enmascarar conductas desadaptativas (p. ej., fraude). Esta variante psicopática se caracteriza por bajos niveles de ansiedad (dominio Afectividad Negativa) y retraimiento (dominio Desapego) y altos niveles de búsqueda de atención (dominio Antagonismo). La alta búsqueda de atención y el bajo retraimiento capturan el componente de potencia social (asertivo/dominante) de la psicopatía, mientras que la baja ansiedad captura el componente de inmunidad al estrés (estabilidad emocional/resiliencia).

Además de las características psicopáticas, los especificadores de rasgos y funcionamiento de la personalidad pueden usarse para registrar otras características de la personalidad que pueden estar presentes en el trastorno de personalidad antisocial pero que no son necesarias para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., ansiedad) no son criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad antisocial (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de la personalidad por evitación

Las características típicas del trastorno de la personalidad por evitación son la evitación de situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales relacionadas con sentimientos de ineptitud e insuficiencia, preocupación ansiosa por la evaluación negativa y el rechazo, y miedo al ridículo o la vergüenza. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos desadaptativos específicos en los dominios de Afectividad Negativa y Desapego.

Criterios de diagnóstico propuestos

- A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas:
1. **Identidad:** baja autoestima asociada con la autoevaluación como socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior; Sentimientos excesivos de vergüenza.
 2. Autodirección : estándares poco realistas de comportamiento asociados con la reticencia a perseguir metas, asumir riesgos personales o participar en nuevas actividades que impliquen contacto interpersonal.
 3. **Empatía:** preocupación y sensibilidad hacia la crítica o el rechazo, asociada con la inferencia distorsionada de las perspectivas de los demás como negativas.
 4. **Intimidad:** Renuencia a involucrarse con personas a menos que esté seguro de gustar; reciprocidad disminuida dentro de las relaciones íntimas debido al temor de ser avergonzado o ridiculizado.
- B. Tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser (1) Ansiedad:
1. **Ansiedad** (un aspecto de la **Afectividad Negativa**): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo como reacción a situaciones sociales ; preocuparse por el

efectos negativos de experiencias desagradables pasadas y posibilidades negativas futuras; sentirse temeroso, aprensivo o amenazado por la incertidumbre; temores de vergüenza.

2. **Retiro** (un aspecto del **Desapego**): Reticencia en situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; falta de iniciación del contacto social.

886

3. **Anhedonia** (un aspecto del **Desapego**): Falta de disfrute, compromiso o energía para las experiencias de la vida; Déficits en la capacidad de sentir placer o interesarse por las cosas.

4. **Evitación de la intimidad** (un aspecto del **Desapego**): Evitación de relaciones íntimas o románticas, apegos interpersonales y relaciones sexuales íntimas.

especificadores. Se encuentra una heterogeneidad considerable en forma de rasgos de personalidad adicionales entre los individuos diagnosticados con trastorno de personalidad por evitación. Los especificadores de rasgo y nivel de funcionamiento de la personalidad se pueden utilizar para registrar rasgos de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno de personalidad por evitación. Por ejemplo, otros rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., depresión, inseguridad de separación, sumisión, suspicacia, hostilidad) no son criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad por evitación (ver Criterio B), pero se pueden especificar cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno de la personalidad por evitación (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad Las

características típicas del trastorno límite de la personalidad son la inestabilidad de la autoimagen, las metas personales, las relaciones interpersonales y los afectos, acompañada de impulsividad, toma de riesgos y/o hostilidad. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se des-

a continuación, junto con rasgos desadaptativos específicos en el dominio de Afectividad Negativa, y también Antagonismo y/o Desinhibición.

Criterios de diagnóstico propuestos

- A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas:
1. **Identidad:** Autoimagen marcadamente empobrecida, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada con autocrítica excesiva; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.
 2. **Autodirección:** Inestabilidad en metas, aspiraciones, valores o planes de carrera.
 3. **Empatía:** capacidad comprometida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás asociados con la hipersensibilidad interpersonal (es decir, tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de otros sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerabilidades.
 4. **Intimidad:** relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por el abandono real o imaginario; las relaciones cercanas a menudo se ven en extremos de idealización y devaluación y alternando entre una participación excesiva y retraimiento.
- B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) Impulsividad, (6) Toma de riesgos, o (7) Hostilidad:
1. **Labilidad emocional** (un aspecto de la **Afectividad Negativa**): Inestable experiencias emocionales y cambios de humor frecuentes; Emociones que se despiertan con facilidad, intensas y/o fuera de proporción con los eventos y circunstancias.

2. **Ansiedad** (un aspecto de la **Afectividad Negativa**): Sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo como reacción a tensiones interpersonales; preocuparse por los efectos negativos de experiencias desagradables pasadas y posibilidades negativas futuras; sentirse temeroso, aprensivo o amenazado por la incertidumbre; temores de desmoronarse o perder el control.

3. **Inseguridad de separación** (un aspecto de la **Afectividad Negativa**): Miedos al rechazo y/o separación de otras personas significativas, asociados con temores de dependencia excesiva y pérdida total de autonomía.

887

4. **Depresión** (un aspecto de la **Afectividad Negativa**): Sentimientos frecuentes de estar deprimido, miserable y/o sin esperanza; dificultad para recuperarse de tales estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada; sentimientos de autoestima inferior; pensamientos de suicidio y comportamiento suicida.

5. **Impulsividad** (un aspecto de la **Desinhibición**): Actuar de improviso en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de manera momentánea sin un plan o consideración de los resultados; dificultad para establecer o seguir planes; un sentido de urgencia y comportamiento autodestructivo bajo angustia emocional.

6. **Asunción de riesgos** (un aspecto de la **desinhibición**): participación en actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo, innecesariamente y sin tener en cuenta las consecuencias; despreocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad del peligro personal.

7. **Hostilidad** (un aspecto del **Antagonismo**): Sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a deseires e insultos menores.

especificadores. Los especificadores de rasgo y nivel de funcionamiento de la personalidad se pueden usar para registrar características de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno límite de la personalidad pero que no son necesarias para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de psicoticismo (p. ej., desregulación cognitiva y perceptiva) no son criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno narcisista de la personalidad Las

características típicas del trastorno narcisista de la personalidad son una autoestima variable y vulnerable, con intentos de regulación a través de la búsqueda de atención y aprobación, y grandiosidad abierta o encubierta. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos específicos de inadaptación en el dominio del antagonismo.

Criterios de diagnóstico propuestos

- A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas:
 1. **Identidad:** referencia excesiva a otros para la autodefinición y regulación de la autoestima; autovaloración exagerada inflada o desinflada, o vacilante entre extremos; la regulación emocional refleja las fluctuaciones en la autoestima.
 2. **Autodirección:** Establecimiento de metas basado en obtener la aprobación de los demás; estándares personales irrazonablemente altos para verse a uno mismo como excepcional, o demasiado bajos basados en un sentido de derecho; a menudo inconsciente de sus propias motivaciones.
 3. **Empatía:** Deterioro de la capacidad para reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás; excesivamente adaptado a

reacciones de los demás, pero solo si se perciben como relevantes para uno mismo; sobreestimación o subestimación del propio efecto sobre los demás.

4. **Intimidad:** las relaciones son en gran medida superficiales y existen para servir a la regulación de la autoestima; reciprocidad restringida por poco interés genuino en las experiencias de los demás y predominio de una necesidad de beneficio personal.

B. Ambos de los siguientes rasgos patológicos de personalidad:

1. **Grandiosidad** (un aspecto del **antagonismo**): sentimientos de derecho, ya sea manifiesto o encubierto; egocentrismo; aferrarse firmemente a la creencia de que uno es mejor que los demás; condescendencia hacia los demás.

888

2. Búsqueda de **atención** (un aspecto del **antagonismo**): intentos excesivos de atraer y ser el foco de atención de los demás; búsqueda de admiración.

especificadores. Los especificadores de funcionamiento de rasgos y personalidad pueden usarse para registrar características de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno narcisista de la personalidad pero que no son necesarias para el diagnóstico. Por ejemplo, otros rasgos de Antagonismo (p. ej., manipulación, engaño, insensibilidad) no son criterios diagnósticos para el trastorno narcisista de la personalidad (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando están presentes características antagónicas más generalizadas (p. ej., “narcisismo maligno”). Se pueden especificar otros rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., depresión, ansiedad) para registrar presentaciones más “vulnerables”. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Las características típicas del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad son las dificultades para establecer y mantener relaciones estrechas,

con rígido perfeccionismo, inflexibilidad y expresión emocional restringida.

Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos desadaptativos específicos en los dominios de Afectividad Negativa y/o Desapego.

Criterios de diagnóstico propuestos

- A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas:
1. **Identidad:** Sentido de sí mismo derivado predominantemente del trabajo o la productividad; experiencia restringida y expresión de emociones fuertes.
 2. **Autodirección:** Dificultad para completar tareas y alcanzar metas, asociada con estándares internos de comportamiento rígidos e irrazonablemente altos e inflexibles; Actitudes excesivamente concienzudas y moralistas.
 3. **Empatía:** Dificultad para comprender y apreciar las ideas, sentimientos o comportamientos de los demás.
 4. **Intimidad:** relaciones vistas como secundarias al trabajo y la productividad; la rigidez y la terquedad afectan negativamente las relaciones con los demás.
- B. Tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser (1) Perfeccionismo rígido:
1. **Perfeccionismo rígido** (un aspecto de Escrupulosidad extrema [el polo opuesto de la Desinhibición]):
Insistencia rígida en que todo sea perfecto, perfecto, y sin errores ni faltas, incluyendo la ejecución propia y ajena; sacrificar la puntualidad para garantizar la corrección en cada detalle; creer que solo hay una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden.

2. **Perseveración** (un aspecto de la **Afectividad Negativa**): Persistencia en las tareas mucho después de que el comportamiento haya dejado de ser funcional o efectivo; la continuación del mismo comportamiento a pesar de los repetidos fracasos.
3. **Evitación de la intimidad** (un aspecto del **Desapego**): Evitación de relaciones íntimas o románticas, apegos interpersonales y relaciones sexuales íntimas.
4. **Afectividad restringida** (un aspecto del **Desapego**): Poca reacción a situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional restringida; indiferencia o frialdad.

889

especificadores. Los especificadores de funcionamiento de rasgos y personalidad pueden usarse para registrar características de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad pero que no son necesarias para el diagnóstico. Por ejemplo, otros rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., ansiedad) no son criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno esquizotípico de la personalidad Las

características típicas del trastorno esquizotípico de la personalidad son deficiencias en la capacidad para las relaciones sociales y estrechas y excentricidades en la cognición, la percepción y el comportamiento que se asocian con una autoimagen distorsionada y objetivos personales incoherentes y se acompañan de suspicacia y expresión emocional restringida. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, junto con rasgos desadaptativos específicos en los dominios de psicoticismo y desapego.

Criterios de diagnóstico propuestos

- A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas:
1. **Identidad:** Límites confusos entre uno mismo y los demás; autoconcepto distorsionado; la expresión emocional a menudo no es congruente con el contexto o la experiencia interna.
 2. Autodirección : objetivos poco realistas o incoherentes; no hay un conjunto claro de normas internas.
 3. **Empatía:** Dificultad pronunciada para comprender el impacto de los propios comportamientos en los demás; frecuentes interpretaciones erróneas de las motivaciones y comportamientos de los demás.
 4. **Intimidad: Deficiencias** marcadas en el desarrollo de relaciones cercanas, asociadas con desconfianza y ansiedad.
- B. Cuatro o más de las siguientes seis personalidad patológica rasgos:
1. **Desregulación cognitiva y perceptiva** (un aspecto del **psicoticismo**): procesos de pensamiento extraños o inusuales; pensamiento o discurso vago, circunstancial, metafórico, demasiado elaborado o estereotipado; sensaciones extrañas en varias modalidades sensoriales.
 2. **Creencias y experiencias inusuales** (un aspecto del **psicoticismo**): contenido de pensamiento y puntos de vista de la realidad que otros ven como extraños o idiosincrásicos; Experiencias insólitas de la realidad.
 3. **Excentricidad** (un aspecto del **psicoticismo**): Comportamiento o apariencia extraña, inusual o extraña; decir cosas inusuales o inapropiadas.
 4. **Afectividad restringida** (un aspecto del **Desapego**): Poca reacción a situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional restringida; indiferencia o frialdad.

5. **Retiro** (un aspecto del **Desapego**): Preferencia por estar solo a estar con otros; reticencia en situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; falta de iniciación del contacto social.

6. **Suspicacia** (un aspecto del **Desapego**): Expectativas de, y mayor sensibilidad a, señales de malas intenciones o daño interpersonal; dudas sobre la lealtad y fidelidad de los demás; sentimientos de persecución.

especificadores. Los especificadores de funcionamiento de rasgos y personalidad se pueden utilizar para registrar características de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno esquizotípico de la personalidad pero que no son necesarias para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., depresión, ansiedad) no son criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la personalidad (ver Criterio B)

890

pero se puede especificar cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de personalidad: rasgo especificado

Criterios de diagnóstico propuestos

A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades en dos o más de los siguientes cuatro áreas:

1. **Identidad**
2. **Autodirección**
3. **Empatía**
4. **Intimidad**

- B. Uno o más dominios de rasgos de personalidad patológicos O facetas de rasgos específicos dentro de los dominios, considerando TODOS los siguientes dominios:
1. **Afectividad negativa** (vs. Estabilidad emocional): Experiencias frecuentes e intensas de altos niveles de una amplia gama de emociones negativas (p. ej. , ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, ira) y sus manifestaciones conductuales (p. ej., autolesiones) e interpersonales (p. ej., dependencia).
 2. **Desapego** (vs. Extraversión): evitación de la experiencia socioemocional, incluido el retiro de las interacciones interpersonales, que van desde las interacciones casuales y diarias hasta las amistades y las relaciones íntimas, así como la experiencia y expresión afectivas restringidas, particularmente la capacidad hedónica limitada.
 3. **Antagonismo** (frente a amabilidad): Comportamientos que ponen al individuo en desacuerdo con otras personas, incluido un sentido exagerado de autoimportancia y una expectativa concomitante de un trato especial, así como una antipatía insensible hacia los demás, que abarca tanto la falta de conciencia de los demás. ' necesidades y sentimientos y una disposición a utilizar a otros al servicio de la auto-mejora.
 4. **Desinhibición** (vs. Escrupulosidad): Orientación hacia la gratificación inmediata, lo que conduce a un comportamiento impulsivo impulsado por pensamientos, sentimientos y estímulos externos actuales, sin tener en cuenta el aprendizaje pasado o la consideración de las consecuencias futuras.
 5. **Psicoticismo** (frente a lucidez): exhibición de una amplia gama de comportamientos y cogniciones extraños, excéntricos o inusuales culturalmente incongruentes, que incluyen tanto el proceso (p. ej., percepción, disociación) como el contenido (p. ej., creencias).

Subtipos. Debido a que las características de la personalidad varían continuamente a lo largo de múltiples dimensiones de rasgos, el modelo dimensional de personalidad desadaptativa del DSM-5 puede representar un conjunto completo de posibles expresiones de TP-TS.

variantes de rasgos (ver [Tabla 3](#), págs. 899–901). Así, los subtipos son innecesarios para TP-TS, y en su lugar, se proporcionan los elementos descriptivos que constituyen la personalidad, ordenados en un modelo de base empírica. Este arreglo permite a los médicos adaptar la descripción del perfil de trastorno de personalidad de cada individuo, considerando los cinco amplios dominios de variación de los rasgos de personalidad y aprovechando las características descriptivas de estos dominios según sea necesario para caracterizar al individuo.

especificadores. Los rasgos de personalidad específicos de los individuos siempre se registran al evaluar el Criterio B, por lo que la combinación de rasgos de personalidad que caracterizan a un individuo constituye directamente los especificadores en cada caso. Por ejemplo, dos individuos que se caracterizan por labilidad emocional, hostilidad y depresión pueden diferir de tal manera que el primer individuo se caracterice además por la insensibilidad, mientras que el segundo no.

891

Algoritmos de puntuación de los trastornos de la personalidad El requisito de cualquiera de los dos criterios A de los cuatro criterios A para cada uno de los seis trastornos de la personalidad se basó en maximizar la relación de estos criterios con su correspondiente trastorno de la personalidad. Los umbrales de diagnóstico para los criterios B también se establecieron empíricamente para minimizar el cambio en la prevalencia de los trastornos del DSM-IV y la superposición con otros trastornos de la personalidad, y para maximizar las relaciones con el deterioro funcional. Los conjuntos de criterios de diagnóstico resultantes representan trastornos de personalidad clínicamente útiles con alta fidelidad, en términos de deficiencias centrales en el funcionamiento de la personalidad de diversos grados de gravedad y constelaciones de rasgos patológicos de personalidad.

Diagnóstico de trastorno de personalidad Las personas que tienen un patrón de deterioro en el funcionamiento de la personalidad y rasgos de mala adaptación que coinciden con uno de los seis trastornos de personalidad definidos deben ser diagnosticados con ese trastorno de personalidad. Si un individuo también tiene uno o incluso varios rasgos prominentes que pueden tener

relevancia clínica además de los necesarios para el diagnóstico (p. ej., véase trastorno narcisista de la personalidad), existe la opción de que se anoten como especificadores. Las personas cuyo funcionamiento de la personalidad o patrón de rasgos es sustancialmente diferente al de cualquiera de los seis trastornos específicos de la personalidad deben ser diagnosticados con PD-TS. Es posible que el individuo no cumpla con el número requerido de criterios A o B y, por lo tanto, tenga una presentación subumbral de un trastorno de personalidad. El individuo puede tener una combinación de características de los tipos de trastornos de la personalidad o algunas características que son menos características de un tipo y que se consideran con mayor precisión una presentación mixta o atípica. El nivel específico de deterioro en el funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de personalidad que caracterizan la personalidad del individuo se pueden especificar para el TP-TS, utilizando la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad ([Tabla 2](#)) y la taxonomía de rasgos patológicos ([Tabla 3](#)). Los diagnósticos actuales de los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente también están representados por el diagnóstico de TP-TS; estos se definen por un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad y pueden especificarse mediante las combinaciones patológicas de rasgos de personalidad relevantes.

Nivel de funcionamiento de la personalidad Como la mayoría de las tendencias humanas, el funcionamiento de la personalidad se distribuye en un continuo. Para el funcionamiento y la adaptación son fundamentales las formas características de los individuos de pensar y comprenderse a sí mismos y sus interacciones con los demás. Un individuo que funciona de manera óptima tiene un mundo psicológico complejo, completamente elaborado y bien integrado que incluye un autoconcepto en su mayoría positivo, volitivo y adaptativo; una vida emocional rica, amplia y debidamente regulada; y la capacidad de comportarse como un miembro productivo de la sociedad con relaciones interpersonales recíprocas y satisfactorias. En el extremo opuesto del continuo, un individuo con una patología grave de la personalidad tiene un mundo psicológico empobrecido, desorganizado y/o conflictivo que incluye un autoconcepto débil, poco claro y desadaptativo; una propensión a las emociones negativas y desreguladas; y una capacidad deficiente para el funcionamiento interpersonal adaptativo y el comportamiento social.

Dimensión de funcionamiento personal e *interpersonal*

Definición

La gravedad generalizada puede ser el predictor individual más importante de disfunción concurrente y prospectiva en la evaluación de la psicopatología de la personalidad. Los trastornos de la personalidad se caracterizan de manera óptima por un continuo generalizado de severidad de la personalidad con

892

especificación de elementos estilísticos, derivados de constelaciones de síntomas de trastornos de personalidad y rasgos de personalidad. Al mismo tiempo, el núcleo de la psicopatología de la personalidad es el deterioro de las ideas y sentimientos sobre uno mismo y las relaciones interpersonales; esta noción es consistente con múltiples teorías del trastorno de personalidad y sus bases de investigación. Los componentes de la Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (identidad, autodirección, empatía e intimidad (ver [Tabla 1](#)) son particularmente centrales para describir un continuo de funcionamiento de la personalidad.

Las representaciones mentales del yo y las relaciones interpersonales tienen una influencia recíproca y están indisolublemente unidas, afectan la naturaleza de la interacción con los profesionales de la salud mental y pueden tener un impacto significativo tanto en la eficacia como en el resultado del tratamiento, lo que subraya la importancia de evaluar el autoconcepto característico de un individuo como así como puntos de vista de otras personas y relaciones. Aunque el grado de perturbación en el funcionamiento personal e interpersonal se distribuye continuamente, es útil considerar el nivel de deterioro en el funcionamiento para la caracterización clínica y para la planificación y el pronóstico del tratamiento.

Calificación del nivel de funcionamiento de la

personalidad Para utilizar la Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (LPFS), el médico selecciona el nivel que mejor refleja el nivel **general actual** de deterioro del funcionamiento de la personalidad del individuo. La calificación es necesaria para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad (deterioro moderado o mayor) y se puede utilizar para especificar la gravedad del deterioro presente en una persona con cualquier trastorno de la personalidad en un momento determinado. El LPFS también puede usarse como un indicador global del funcionamiento de la personalidad sin

especificación de un diagnóstico de trastorno de la personalidad, o en el caso de que el deterioro de la personalidad esté por debajo del umbral para un diagnóstico de trastorno.

Rasgos de personalidad

Definición y descripción

El criterio B en el modelo alternativo involucra evaluaciones de rasgos de personalidad que se agrupan en cinco dominios. Un **rasgo de personalidad** es una tendencia a sentir, percibir, comportarse y pensar de manera relativamente consistente a lo largo del tiempo y de las situaciones en las que el rasgo puede manifestarse. Por ejemplo, las personas con un alto nivel del rasgo de personalidad de **ansiedad** tenderían a **sentirse** ansiosos fácilmente, incluso en circunstancias en las que la mayoría de las personas estarían tranquilas y relajadas. Los individuos con un alto rasgo de ansiedad también **percibirían las** situaciones como provocadoras de ansiedad con más frecuencia que los individuos con niveles más bajos de este rasgo, y aquellos con un alto rasgo tenderían a **comportarse** para evitar situaciones que **creen** que los pondrían ansiosos. Por lo tanto, tenderían a **pensar** en el mundo como algo que provoca más ansiedad que otras personas.

Es importante destacar que las personas con un alto rasgo de ansiedad no necesariamente estarían ansiosas en todo momento y en todas las situaciones. Los niveles de rasgos de los individuos también pueden cambiar y cambian a lo largo de la vida. Algunos cambios son muy generales y reflejan la maduración (p. ej., los adolescentes generalmente tienen un rasgo más alto de impulsividad que los adultos mayores), mientras que otros cambios reflejan las experiencias de vida de los individuos. **Dimensionalidad de los rasgos de personalidad** Todos los individuos pueden ubicarse en el espectro de dimensiones de rasgos; es decir, los rasgos de personalidad se aplican a todos en diferentes grados en lugar de estar presentes o ausentes. Además, los rasgos de personalidad, incluidos los identificados específicamente en el modelo de la Sección III, existen en un espectro con dos polos opuestos. Por ejemplo, lo opuesto al rasgo de **insensibilidad** es la tendencia a ser empático y bondadoso, incluso en circunstancias en las que la mayoría de las personas no se sentirían así. Por eso,

aunque en la Sección III este rasgo se denomina **insensibilidad**, porque ese polo de la dimensión es el enfoque principal, podría describirse en su totalidad como **insensibilidad frente a bondad de corazón**. Además, su polo opuesto puede reconocerse y puede no adaptarse a todas las circunstancias (p. ej., individuos que, debido a su extrema bondad, se dejan aprovechar repetidamente por otros sin escrúpulos).

Estructura jerárquica de la personalidad Algunos términos de rasgos son bastante específicos (p. ej., "hablador") y describen una gama limitada de comportamientos, mientras que otros son bastante amplios (p. ej., Desapego) y caracterizan una amplia gama de propensiones conductuales. Las dimensiones generales de los rasgos se denominan **dominios** y las dimensiones específicas de los rasgos se denominan **facetas**. Los **dominios** de rasgos de personalidad comprenden un espectro de **facetas** de personalidad más específicas que tienden a ocurrir juntas. Por ejemplo, el retraimiento y la anhedonia son **facetas** de rasgos específicos en el **dominio** de rasgos de Desapego. A pesar de algunas variaciones transculturales en las facetas de los rasgos de personalidad, los amplios dominios que comprenden colectivamente son relativamente consistentes en todas las culturas.

El modelo de rasgos de personalidad El

sistema de rasgos de personalidad de la Sección III incluye cinco amplios dominios de variación de rasgos de personalidad: Afectividad negativa (frente a Estabilidad emocional), Desapego (frente a Extraversión), Antagonismo (frente a Amabilidad), Desinhibición (frente a Conciencia) y Psicoticismo (vs. Lucidez): comprende 25 facetas de rasgos de personalidad específicos. [La Tabla 3](#) proporciona definiciones de todos los dominios y facetas de la personalidad. Estos cinco dominios amplios son variantes desadaptativas de los cinco dominios del modelo de personalidad extensamente validado y replicado conocido como los "Cinco Grandes" o Modelo de personalidad de cinco factores (FFM), y también son similares a los dominios de la Psicopatología de la personalidad Cinco (PSY-5). Las 25 facetas específicas representan una lista de facetas de la personalidad elegidas por su relevancia clínica.

Aunque el modelo de rasgos se centra en los rasgos de personalidad asociados con la psicopatología, existen rasgos de personalidad sanos, adaptables y resilientes identificados como los polos opuestos de estos rasgos, como se indica en los paréntesis anteriores (es decir, estabilidad emocional, extraversión, amabilidad, escrupulosidad y Lucidez). Su presencia puede mitigar en gran medida la

efectos de los trastornos mentales y facilitar el afrontamiento y la recuperación de lesiones traumáticas y otras enfermedades médicas.

Rasgos distintivos, síntomas y comportamientos específicos Aunque los rasgos no son inmutables y cambian a lo largo de la vida, muestran una consistencia relativa en comparación con los síntomas y los comportamientos específicos. Por ejemplo, una persona puede comportarse impulsivamente en un momento específico por una razón específica (p. ej., una persona que rara vez es impulsiva decide gastar una gran cantidad de dinero en un artículo en particular debido a una oportunidad inusual de comprar algo de valor único) , pero solo cuando los comportamientos se agregan a lo largo del tiempo y las circunstancias, de modo que un patrón de comportamiento distingue a los individuos, reflejan rasgos. Sin embargo, es importante reconocer, por ejemplo, que incluso las personas impulsivas no actúan de manera impulsiva todo el tiempo. Un rasgo es una tendencia o disposición hacia comportamientos específicos; un comportamiento específico es una instancia o manifestación de un rasgo.

De manera similar, los rasgos se distinguen de la mayoría de los síntomas porque los síntomas tienden a aumentar y disminuir, mientras que los rasgos son relativamente más estables. Por ejemplo, las personas con niveles más altos de **depresión** tienen una mayor probabilidad de experimentar episodios discretos de un trastorno depresivo y de mostrar los síntomas de estos trastornos, como la dificultad para concentrarse.

Sin embargo, incluso los pacientes que tienen un rasgo de propensión a la **depresividad** suelen pasar por episodios distinguibles de alteración del estado de ánimo, y los síntomas específicos, como la dificultad para concentrarse, tienden a aumentar y disminuir junto con episodios específicos, por lo que no lo hacen.

894

no forman parte de la definición del rasgo. Sin embargo, es importante destacar que tanto los síntomas como los rasgos son susceptibles de intervención, y muchas intervenciones dirigidas a los síntomas pueden afectar los patrones de funcionamiento de la personalidad a largo plazo que son capturados por los rasgos de personalidad.

Evaluación del Rasgo de Personalidad DSM-5 Sección III Modelo

La utilidad clínica del modelo de rasgos de personalidad multidimensional de la Sección III radica en su capacidad para centrar la atención en múltiples áreas relevantes de variación de la personalidad en cada paciente individual. En lugar de centrar la atención en la identificación de una y sólo una etiqueta diagnóstica óptima, la aplicación clínica del modelo de rasgos de personalidad de la Sección III implica la revisión de los cinco dominios amplios de la personalidad representados en [la Tabla 3](#). El enfoque clínico de la personalidad es similar a la conocida revisión de sistemas en medicina clínica. Por ejemplo, el síntoma de presentación de un individuo puede centrarse en un síntoma neurológico específico, pero durante una evaluación inicial, los médicos aún revisan sistemáticamente el funcionamiento de todos los sistemas relevantes (p. ej., cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal), para evitar que un área importante de funcionamiento disminuido y la oportunidad correspondiente para se pierda una intervención eficaz.

El uso clínico del modelo de rasgos de personalidad de la Sección III procede de manera similar. Una investigación inicial revisa los cinco amplios dominios de la personalidad. Esta revisión sistemática se ve facilitada por el uso de instrumentos psicométricos formales diseñados para medir facetas y dominios específicos de la personalidad.

Por ejemplo, el modelo de rasgos de personalidad está operacionalizado en el *Inventario de Personalidad para el DSM-5* (PID-5), que puede ser completado en su formulario de autoinforme por los pacientes y en su formulario de informe del informante por aquellos que conocen bien al paciente (ej., un cónyuge). Una evaluación clínica detallada implicaría la recopilación de datos de informes de pacientes e informantes sobre las 25 facetas del modelo de rasgos de personalidad. Sin embargo, si esto no es posible, debido al tiempo u otras limitaciones, la evaluación centrada en el nivel de cinco dominios es una opción clínica aceptable cuando solo se necesita un retrato general (vs. detallado) de la personalidad de un paciente (consulte el Criterio B de DP). -TS). Sin embargo, si los problemas basados en la personalidad son el foco del tratamiento, entonces será importante evaluar las facetas de los rasgos de los individuos, así como los dominios.

Debido a que los rasgos de personalidad se distribuyen continuamente en la población, un enfoque para juzgar que un rasgo específico está elevado (y, por lo tanto, está presente para fines de diagnóstico) podría implicar comparar los niveles de rasgos de personalidad de los individuos con las normas de la población y/o el juicio clínico. Si un rasgo está elevado, es decir, las pruebas psicométricas formales y/o los datos de la entrevista respaldan el juicio clínico de elevación, entonces se considera que contribuye al cumplimiento del Criterio B de la Sección III de trastornos de la personalidad.

Utilidad clínica del modelo multidimensional de funcionamiento y

rasgos de la personalidad Cada uno de los constructos de trastorno y

rasgo agrega valor al otro en la predicción de antecedentes importantes (p. ej., antecedentes familiares, antecedentes de abuso infantil), concurrentes (p. ej., deterioro funcional, uso de medicamentos) y predictivos (p. ej., ej., hospitalización, intentos de suicidio) variables. Las deficiencias del DSM-5 en el funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad contribuyen de forma independiente a las decisiones clínicas sobre el grado de discapacidad; riesgos de autolesiones, violencia y criminalidad; tipo e intensidad de tratamiento recomendado; y pronóstico, todos aspectos importantes de la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos. En particular, conocer el nivel de funcionamiento de la personalidad de un individuo y su perfil de rasgos patológicos también proporciona al médico una rica base de información y es valioso en la planificación del tratamiento y en la predicción del curso y el resultado de muchos trastornos mentales además de los trastornos de personalidad. Por lo tanto, la evaluación del funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad pueden ser relevantes ya sea que un individuo tenga un trastorno de personalidad o no.

895

TABLA 2 Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad

Nivel de deterioro	SER		INTERPERSONALES	
	Identidad	auto dirección	Empatía	Intimidad
0: poco o no discapacidad	Tiene conciencia continua de un yo único; mantiene límites apropiados para el rol.	Establece y aspira a metas razonables basadas en una evaluación realista de las capacidades personales.	Es capaz de comprender con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones.	Mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas en la vida personal y comunitaria.
	Tiene una autoestima positiva consistente y autorregulada, con una autoevaluación precisa.	Utiliza estándares apropiados de comportamiento, logrando la realización en múltiples ámbitos.	Comprende y aprecia las perspectivas de los demás, incluso si no están de acuerdo.	Desea y se involucra en una serie de relaciones afectuosas, cercanas y recíprocas.
	Es capaz de experimentar, tolerar y			Se esfuerza por la cooperación y el beneficio mutuo y responde con flexibilidad a

	regulando una gama completa de emociones, y dar un significado constructivo a la experiencia	Es consciente del efecto de las propias acciones en los demás.	una variedad de ideas, emociones y comportamientos de los demás.
1—Algunos	Tiene un sentido de deterioro relativamente intacto de los límites cuando se experimentan emociones fuertes y angustia mental.	Está excesivamente dirigido a una meta, algo inhibido por la meta o en conflicto con las metas.	Es capaz de establecer relaciones duraderas en la vida personal y comunitaria, con algunas limitaciones en el grado de profundidad y satisfacción.
	Autoestima	Puede tener un conjunto de normas personales poco realistas o socialmente inapropiadas, lo que limita algunos aspectos de la realización.	Es capaz de formar y desea formar relaciones íntimas y recíprocas, pero puede estar inhibido en la expresión significativa y, a veces, limitado si surgen emociones o conflictos intensos.
	Las emociones fuertes pueden ser angustiosas, internas asociadas con una experiencia, posteriormente en la relativa rango, pero pueden sobre enfatizar la experiencia emocional solo tipo (por ejemplo, intelectual, emocional) de miento.	Aunque es capaz de considerar y comprender diferentes perspectivas, se resiste a hacer así que.	La cooperación puede verse inhibida por estándares poco realistas; algo limitado en su capacidad para respaldar o responder a las ideas, emociones y comportamientos de los demás.
896	Depende excesivamente de otros para la definición de identidad, con delimitación de límites comprometida.	Los objetivos son más a menudo es un medio para obtener la aprobación externa que la autogenerada y, por lo tanto, puede carecer de coherencia y/o estabilidad.	Es capaz de formar y desea formar relaciones en la vida personal y comunitaria, pero las conexiones pueden ser en gran medida superficiales.
2—	Deterioro moderado	Tiene una autoestima vulnerable controlada por una preocupación exagerada por la evaluación externa, con un deseo de aprobación.	Las relaciones íntimas se basan predominantemente en la satisfacción de necesidades de autorregulación y autoestima, con un
	Los	estándares personales pueden ser	

897

3—Deterioro
severo

	Tiene un sentido de incompletitud o inferioridad, con autoevaluación compensatoria inflada o desinflada.	irrazonablemente alto (p. ej., la necesidad de ser especial o complacer a los demás) o bajo (p. ej., no está en consonancia con los valores sociales prevalecientes). El cumplimiento se ve comprometido por una sensación de falta de autenticidad.	capacidad para apreciar y comprender las experiencias de los demás y para considerar perspectivas alternativas.	expectativa de ser perfectamente comprendido por los demás. Tiende a no ver las relaciones en términos recíprocos y coopera predominantemente para beneficio personal.
	La regulación emocional depende de una valoración externa positiva. Las amenazas a la autoestima pueden generar emociones fuertes como la ira o la vergüenza.	Tiene capacidad disminuida para reflexionar sobre la experiencia interna.	Por lo general, no se da cuenta o no le preocupa el efecto de su propio comportamiento en los demás, o la evaluación poco realista de su propio efecto.	
	Tiene un sentido débil de la autonomía/agencia; establecer la identidad, o alcanzar el vacío. La definición es pobre Interna o rígida. Los sentimientos, comportamiento son poco claros o contradicen la énfasis excesivo en la Vida es la independencia de los demás, o la vacilación entre estos.	Tiene dificultad para la empatía/eficacia de la persona de sí mismo. La definición es pobre Interna o rígida. Los sentimientos, comportamiento son poco claros o contradicen la énfasis excesivo en la Vida es la independencia de los demás, o la vacilación entre estos.	La capacidad para considerar y comprender los pensamientos, sentimientos y comportamiento de otras personas está significativamente limitada; puede discernir aspectos muy específicos de la experiencia de los demás, particularmente vulnerabilidades y sufrimiento.	Tiene algún deseo de forman relaciones en la comunidad y en la vida personal, pero la capacidad para establecer conexiones positivas y duraderas se ve significativamente afectada.
	La autoestima frágil se ve fácilmente influenciada por los acontecimientos y la imagen de sí mismo carece de coherencia. La autoevaluación no tiene matices: autodesprecio, autoengrandecimiento o una combinación ilógica y poco realista.	Ha comprometido significativamente la capacidad para reflexionar y comprender sus propios procesos mentales.	Generalmente es incapaz de considerar perspectivas alternativas; altamente amenazada por diferencias de opinión o puntos de vista alternativos.	Las relaciones se basan en una fuerte creencia en la necesidad absoluta de la(s) otra(s) persona(s) íntima(s), y/o expectativas de abandono o abuso. Los sentimientos de implicación íntima con los demás alternan entre el miedo/rechazo y el deseo desesperado de conexión.
	Las emociones pueden cambiar rápidamente o ser crónicas,	Está confundido o inconsciente de	Poca reciprocidad: los demás se conceptualizan principalmente en términos de cómo afectan a uno mismo (negativamente).	

inquebrantable
sentimiento de desesperación.

impacto de las propias acciones en los demás; a menudo desconcertado por los pensamientos y acciones de las personas, con motivaciones destructivas frecuentemente atribuidas erróneamente a otros.

898	La experiencia de un yo único y el sentido de agencia/autonomía están virtualmente ausentes, o están organizados en torno a la persecución externa percibida.	Tiene poca diferenciación entre pensamientos y acciones, por lo que la capacidad de establecer metas está gravemente comprometida, con metas poco realistas o incoherentes.	Tiene una incapacidad pronunciada para considerar y comprender la experiencia y la motivación de los demás.	El deseo de afiliación está limitado debido a un profundo desinterés o expectativa de daño. El compromiso con los demás es distante, desorganizado o consistentemente negativo.
4—	Deterioro extremo	Los límites con los demás son confusos o inexistentes.	La atención a las perspectivas de los demás está virtualmente ausente (la atención es hipervigilante, enfocada en satisfacer las necesidades y evitar daños).	Las relaciones se conceptualizan casi exclusivamente en términos de su capacidad para brindar consuelo o infiijir dolor y sufrimiento.
		Tiene una imagen de sí mismo débil o distorsionada que se ve fácilmente amenazada por las interacciones con los demás; distorsiones significativas y confusión en torno a la autoevaluación.	Prácticamente faltan normas internas de comportamiento. El cumplimiento genuino es virtualmente inconcebible. Es profundamente incapaz de reflexionar constructivamente sobre su propia experiencia.	El comportamiento social/interpersonal no es recíproco; más bien, busca la satisfacción de las necesidades básicas o escapar del dolor.
		Emociones no congruentes con el contexto o la experiencia interna. El odio y la agresión pueden ser afectos dominantes, aunque pueden negarse y atribuirse a otros.	Las interacciones sociales pueden ser confusas y desorientadoras.	
			Las motivaciones personales pueden no ser reconocidas y/o experimentadas como externas a uno mismo.	

TABLA 3 Definiciones del rasgo del trastorno de personalidad del DSM-5 dominios y facetas

DOMINIOS (Polar opuestos) y facetas	Definiciones
AFECTIVIDAD NEGATIVA (vs. Estabilidad emocional)	Experiencias frecuentes e intensas de altos niveles de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, ira) y sus manifestaciones conductuales (p. ej., autolesiones) e interpersonales (p. ej., dependencia).
Labilidad emocional	Inestabilidad de las experiencias emocionales y del estado de ánimo; emociones que son fácilmente excitado, intenso y/o fuera de proporción con los eventos y circunstancias.
ansiedad	Sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico en reacción a diversos situaciones; preocupación frecuente por los efectos negativos de experiencias desagradables pasadas y posibilidades negativas futuras; sentirse temeroso y aprensivo acerca de la incertidumbre; esperando que suceda lo peor.
inseguridad de separación	Miedo a estar solo debido al rechazo y/o separación de otras personas significativas, basado en la falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de uno mismo, tanto física como emocionalmente.
Sumisión	Adaptación del comportamiento de uno a los intereses y deseos reales o percibidos de los demás, incluso cuando hacerlo es antitético a los propios intereses, necesidades o deseos.
Hostilidad	Sentimientos de ira persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desaires e insultos menores; comportamiento mezquino, desagradable o vengativo. Véase también Antagonismo.
perseverancia	Persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas mucho después de que el comportamiento haya dejado de ser funcional o efectivo; Continuación del mismo comportamiento a pesar de repetidos fracasos o claras razones para detenerse.
depresividad	Ver Destacamento.
Recelo	Ver Destacamento.
Afectividad restringida (falta de)	La carenicia de esta faceta caracteriza bajos niveles de Afectividad Negativa. Ver Destacamento para la definición de esta faceta.
SEPARACIÓN (vs. extraversión)	Evitación de la experiencia socioemocional, incluido el retiro de las interacciones interpersonales (que van desde las interacciones casuales y diarias hasta las amistades y las relaciones íntimas) y la experiencia y expresión afectivas restringidas, particularmente la capacidad hedónica limitada.
Retiro	Preferencia por estar solo a estar con otros; reticencia en lo social situaciones; evitación de contactos y actividades sociales; falta de iniciación del contacto social.
Evitación de la intimidad	Evitación de relaciones íntimas o románticas, vínculos interpersonales y relaciones sexuales íntimas.
anhedonia	Falta de disfrute, compromiso o energía para las experiencias de la vida; Déficit en la capacidad de sentir placer y de interesarse por las cosas.

DOMINIOS (Polar opuestos) y facetas	Definiciones
depresividad	Sentimientos de estar deprimido, miserable y/o sin esperanza; dificultad para recuperarse de tales estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza y/o culpa generalizadas; sentimientos de autoestima inferior; pensamientos de suicidio y comportamiento suicida.
Afectividad restringida	Poca reacción a situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional restringida; indiferencia y distanciamiento en situaciones normativamente comprometidas.
Recelo	Expectativas y sensibilidad a los signos de malas intenciones o daños interpersonales; dudas sobre la lealtad y fidelidad de los demás; Sentimientos de ser maltratado, utilizado y/o perseguido por otros.
900	
ANTAGONISMO (vs. simpatía)	Comportamientos que ponen al individuo en desacuerdo con otras personas, incluyendo un sentido exagerado de auto-importancia y una expectativa concomitante de un trato especial, así como una insensible antipatía hacia los demás, que abarca tanto el desconocimiento de las necesidades y sentimientos de los demás como la disposición a usar a otros al servicio de la auto-mejora.
manipulabilidad	Uso de subterfugios para influir o controlar a otros; uso de la seducción, el encanto, la ligereza o la adulación para lograr los propios fines.
Engaño	Deshonestidad y fraude; tergiversación de uno mismo; embellecimiento o fabricación al relatar eventos.
Grandiosidad	Creer que uno es superior a los demás y merece un trato especial; egocentrismo; sentimientos de derecho; condescendencia hacia los demás.
Búsqueda de atención	Participar en un comportamiento diseñado para llamar la atención y convertirse en el foco de atención y admiración de los demás.
Insensibilidad	Falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás; falta de culpabilidad o remordimiento por los efectos negativos o dañinos de las acciones propias sobre los demás.
Hostilidad	Ver Afectividad Negativa.
DESINHIBICIÓN (vs. Escrupulosidad)	Orientación hacia la gratificación inmediata, lo que conduce a un comportamiento impulsivo impulsado por pensamientos, sentimientos y estímulos externos actuales, sin tener en cuenta el aprendizaje pasado o la consideración de las consecuencias futuras.
Irresponsabilidad	Ignorar y no cumplir con las obligaciones o compromisos financieros y de otro tipo; falta de respeto y falta de seguimiento de acuerdos y promesas; descuido con la propiedad de otros.
Impulsividad	Actuar de improviso en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de manera momentánea sin un plan o consideración de los resultados; dificultad para establecer y seguir planes; un sentido de urgencia y comportamiento autodestructivo bajo angustia emocional.
distracción	Dificultad para concentrarse y concentrarse en las tareas; la atención se desvía fácilmente por estímulos extraños; Dificultad para mantener un comportamiento centrado en objetivos, incluida la planificación y la realización de tareas.

DOMINIOS (Polar**opuestos) y
facetas****Definiciones**

toma de riesgos	Participar en actividades peligrosas, riesgosas y potencialmente dañinas para uno mismo, innecesariamente y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda imprudente de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.
Perfeccionismo rígido (falta de)	Rígida insistencia en que todo sea impecable, perfecto y sin errores ni fallas, incluyendo la propia actuación y la de los demás; sacrificar la puntualidad para garantizar la corrección en cada detalle; creer que solo hay una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden. La falta de esta faceta caracteriza bajos niveles de Desinhibición.

901

PSICOTICISMO (vs. Lucidez)	Exhibir una amplia gama de comportamientos y cogniciones extraños, excéntricos o inusuales culturalmente incongruentes, incluidos tanto el proceso (p. ej., percepción, disociación) como el contenido (p. ej., creencias).
Creencias y experiencias inusuales.	Creencia de que uno tiene habilidades inusuales, como leer la mente, telequinesis, fusión pensamiento-acción; Experiencias inusuales de la realidad, incluidas experiencias similares a las alucinaciones.
Excentricidad	Comportamiento, apariencia y/o habla extraños, inusuales o extraños; tener pensamientos extraños e impredecibles; decir cosas inusuales o inapropiadas.
Desregulación cognitiva y perceptual	Procesos de pensamiento y experiencias extraños o inusuales, incluyendo despersonalización, desrealización y experiencias disociativas; experiencias mixtas de estado de sueño y vigilia; Experiencias de control del pensamiento.

902

903

Condiciones para estudios adicionales

Se presentan **conjuntos de criterios propuestos** para las condiciones en las que se fomenta la investigación futura. Se espera que dicha investigación permita que el campo comprenda mejor estas condiciones e informe las decisiones futuras sobre la posible ubicación en las próximas ediciones del DSM. En particular, el trastorno de duelo complejo persistente, originalmente ubicado en esta sección, se ha trasladado al capítulo "Trastornos relacionados con el trauma y el estrés" como un diagnóstico oficial en la Sección II. Sobre la base de revisiones exhaustivas que encontraron suficiente evidencia de validez, confiabilidad y utilidad clínica para justificar su nueva ubicación, ahora se denomina "trastorno de duelo prolongado" y los criterios se han reformulado adecuadamente.

Los elementos específicos, los umbrales y las duraciones mínimas contenidas en estos conjuntos de criterios de investigación se establecieron por consenso de expertos, informados por la revisión de la literatura, el reanálisis de datos y los resultados de los ensayos de campo, cuando estén disponibles, y tienen la intención de proporcionar un lenguaje común para investigadores y médicos que están interesados en estudiar estos trastornos. El grupo de trabajo y los grupos de trabajo del DSM-5 sometieron cada uno de estos conjuntos de criterios propuestos a una cuidadosa revisión empírica e invitaron a comentarios amplios del campo, así como del público en general. El grupo de trabajo finalmente determinó que no había pruebas suficientes para justificar la inclusión de estas propuestas como diagnósticos oficiales de trastornos mentales en la Sección II del DSM-5. **Por lo tanto, estos conjuntos de criterios propuestos no están destinados para uso clínico; solo los conjuntos de criterios y los trastornos de la Sección II del DSM-5 están reconocidos oficialmente y deben utilizarse con fines clínicos.**

Síndrome de Psicosis Atenuada

Criterios propuestos

- A. Al menos uno de los siguientes síntomas está presente y es de suficiente gravedad o frecuencia para justificar atención clínica:
1. Delirios atenuados.
 2. Alucinaciones atenuadas.
 3. Habla desorganizada atenuada.
- B. Los síntomas deben haber estado presentes al menos una vez por semana durante el último mes.
- C. Los síntomas deben haber comenzado o empeorado en el último año.
- D. Síntoma(s) es lo suficientemente angustioso e incapacitante para el individuo para justificar la atención clínica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, y no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.
- F. Nunca se han cumplido los criterios para cualquier trastorno psicótico.

904

Características de

diagnóstico Los síntomas psicóticos atenuados, tal como se definen en el Criterio A, son similares a la psicosis pero por debajo del umbral para ser considerado un síntoma psicótico que contaría para el diagnóstico de un trastorno psicótico. En comparación con los trastornos psicóticos completos, los síntomas son menos graves y más transitarios. Además, el individuo mantiene una percepción razonable de las experiencias psicóticas y generalmente aprecia que las percepciones están alteradas y que la ideación mágica no es convincente. La psicosis atenuada no tiene la naturaleza fija necesaria para el diagnóstico de un trastorno psicótico en toda regla. En la psicosis atenuada, se pueden provocar dudas acerca de las creencias, se puede inducir el escepticismo acerca de las percepciones y se puede probar la introspección mediante preguntas abiertas, como "Veo que así es como experimentas el mundo, ¿podría haber una explicación diferente?" Un diagnóstico de síndrome de psicosis atenuada requiere psicopatología estatal asociada

con deterioro funcional en lugar de una patología característica de larga data. La psicopatología no ha progresado hasta la gravedad psicótica total. El individuo u otros notan cambios en las experiencias y comportamientos, lo que sugiere un cambio clínicamente significativo en el estado mental (es decir, los síntomas son de suficiente gravedad o frecuencia para justificar la atención clínica) (Criterio A).

atenuado alucinaciones (Criterio A1) tienen un contenido de persecutorio de suspicacia/persecutorio, incluidas las ideas de referencia persecutorias. El individuo puede tener una actitud cautelosa y desconfiada. Cuando este tipo de delirio atenuado es de gravedad moderada, el individuo considera que los demás no son dignos de confianza y puede estar hipervigilante o sentir mala voluntad en los demás. Cuando los delirios atenuados son severos pero por debajo del umbral para ser considerados psicóticos, el individuo entretiene creencias vagamente organizadas sobre el peligro o la intención hostil. El comportamiento cauteloso en la entrevista puede interferir con la capacidad de recopilar información, y la propensión a ver el mundo como hostil y peligroso es fuerte. Por otro lado, los delirios atenuados pueden tener un contenido grandioso que se presenta como una sensación poco realista de capacidad superior. Cuando este tipo de delirio atenuado es moderado en severidad, el individuo alberga nociones de ser dotado, influyente o especial. Cuando los delirios atenuados son graves, el individuo tiene creencias de superioridad que a menudo alejan a los amigos y preocupan a los familiares. Los pensamientos de ser especial pueden conducir a planes e inversiones poco realistas.

Las alucinaciones atenuadas (Criterio A2) incluyen alteraciones en las percepciones sensoriales, generalmente auditivas y/o visuales. Cuando las alucinaciones atenuadas son moderadas, los sonidos y las imágenes a menudo no tienen forma (p. ej., sombras, estelas, halos, murmullos, ruidos sordos) y se experimentan como inusuales o desconcertantes. Cuando las alucinaciones atenuadas son graves, estas experiencias se vuelven más vívidas y frecuentes (es decir, ilusiones o alucinaciones recurrentes que captan la atención y afectan el pensamiento y la concentración).

Estas anomalías perceptivas pueden alterar el comportamiento, pero aún se puede inducir el escepticismo sobre su realidad.

La comunicación desorganizada atenuada (Criterio A3) puede manifestarse como discurso extraño (vago, metafórico, demasiado elaborado, estereotipado), discurso desenfocado (confundido, confuso, demasiado rápido o demasiado lento, palabras incorrectas, contexto , tangencial). Cuando la desorganización es moderadamente severa, el individuo frecuentemente entra en

temas irrelevantes pero responde fácilmente a las preguntas aclaratorias. El habla se vuelve serpenteante y circunstancial y puede ser extraño pero comprensible. Cuando la desorganización es severa, el individuo no llega al punto sin una guía externa (tangencial). En un nivel más severo, algunos bloqueos de pensamientos o asociaciones sueltas pueden ocurrir con poca frecuencia, especialmente cuando el individuo está bajo presión, pero reorientar las preguntas rápidamente devuelve la estructura y la organización a la conversación.

El individuo debe experimentar angustia y/o deterioro del desempeño social o funcional (Criterio D), y el individuo o los otros responsables deben notar los cambios y expresar preocupación, de modo que se indique atención clínica (Criterio A).

905

Hay medidas disponibles para determinar si se cumplen los Criterios A–E o para identificar ampliamente un estado clínico de alto riesgo de psicosis.

Funciones asociadas

El individuo puede experimentar pensamiento mágico, dificultad para concentrarse, cierta desorganización en el pensamiento o el comportamiento, suspicacia excesiva, ansiedad, retramiento social e interrupción del ciclo de sueño y vigilia. A menudo se observan deterioro de la función cognitiva y síntomas negativos.

Las variables de neuroimagen distinguen las cohortes con síndrome de psicosis atenuado de las cohortes de control normales con patrones similares, pero menos severos, que los observados en la esquizofrenia. Sin embargo, los datos de neuroimagen no son diagnósticos a nivel individual.

Predominio

Se dispone de muy poca información sobre la prevalencia. Sin embargo, en Suiza, donde se realizó uno de los pocos estudios relevantes, se encontró que la prevalencia del síndrome de psicosis atenuada en personas de 16 a 40 años que no buscaban ayuda era solo del 0,3%. Otro 2,3% tiene síntomas atenuados que cumplen el Criterio A, pero estos síntomas comenzaron antes del último año o no empeoraron en el último año, según se requiera.

por el Criterio C. En hasta el 7% de la población general en una amplia gama de países, las personas reconocen experimentar delirios o alucinaciones atenuadas. Si bien la prevalencia de los síntomas del Criterio A puede ser mayor o menor entre países o grupos étnicos nacionales, la prevalencia de síntomas de psicosis atenuados tiende a ser mayor entre los grupos de inmigrantes que entre las poblaciones nativas, posiblemente debido a una mayor exposición al trauma y la discriminación.

Desarrollo y curso El inicio del

síndrome de psicosis atenuada suele ser en la adolescencia media o tardía o en la edad adulta temprana. Puede estar precedido por un desarrollo normal o evidencia de deterioro cognitivo, síntomas negativos o deterioro del desarrollo social. En las cohortes que buscaban ayuda, aquellos cuyas presentaciones cumplían con los criterios para el síndrome de psicosis atenuada tenían una mayor probabilidad de desarrollar psicosis en comparación con aquellos cuyas presentaciones no cumplían con los criterios. En el grupo cuyas presentaciones cumplieron con los criterios, el riesgo acumulado de 3 años fue de hasta 22 %, y en el grupo cuyas presentaciones no cumplieron con los criterios, el riesgo acumulado de psicosis de 3 años fue de 1,54 %. Los factores que predicen la progresión a un trastorno psicótico completo (más frecuentemente trastorno del espectro de la esquizofrenia) incluyen el sexo masculino, el estrés/trauma a lo largo de la vida, el desempleo, vivir solo, la gravedad de los síntomas psicóticos positivos atenuados, la gravedad de los síntomas negativos, los síntomas cognitivos y desorganizados y el mal funcionamiento. El once por ciento de los casos de síndrome de psicosis atenuada que progresan a psicosis completa desarrollan psicosis afectiva (trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas), mientras que el 73% de los casos de síndrome de psicosis atenuada que progresan a psicosis completa desarrollan un trastorno del espectro de la esquizofrenia. La mayor parte de la evidencia ha validado los criterios de síntomas psicóticos atenuados en individuos de 12 a 35 años, pero solo hay evidencia limitada en los más jóvenes. Aunque el mayor riesgo de transición a la psicosis ocurre dentro de los primeros 2 años, las personas continúan en riesgo hasta 10 años después de la remisión inicial, con un riesgo general de transición del 34,9 % durante un período de 10 años. Las personas que presentan síndrome de psicosis atenuada pueden mostrar otros resultados clínicos deficientes más allá del desarrollo de psicosis, como síntomas psicóticos atenuados persistentes, trastornos mentales com

discapacidad y bajo funcionamiento. La remisión clínica está presente en solo un tercio de las personas con síndrome de psicosis atenuada. En general, alrededor de un tercio de estos individuos desarrollaría psicosis, un tercio remitiría y un tercio presentaría una discapacidad persistente.

906

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Factores que predicen el pronóstico de la psicosis atenuada síndrome no se han caracterizado definitivamente.

Genético y fisiológico. En las personas cuyos síntomas cumplen los criterios del síndrome de psicosis atenuada, no hay evidencia de que los antecedentes familiares de psicosis aumenten el riesgo de psicosis en comparación con los sujetos de control durante un período de 4 años. Los datos de imágenes estructurales, funcionales, electrofisiológicas y neuroquímicas están asociados con un mayor riesgo de transición a la psicosis. Sin embargo, estos predictores aún no han sido validados para uso clínico.

Problemas de diagnóstico relacionados con

la cultura Puede ser difícil evaluar la presencia de síntomas atenuados sin considerar el impacto del contexto sociocultural. Algunas experiencias perceptivas (p. ej., oír ruidos, ver sombras) y creencias religiosas o sobrenaturales (p. ej., mal de ojo, causar enfermedades a través de maldiciones, influencia de espíritus) pueden considerarse extrañas en algunos contextos culturales y aceptadas en otros. Además, las poblaciones que experimentan trauma o persecución (p. ej., tortura, violencia política, racismo, discriminación) pueden informar síntomas y temores que pueden ser juzgados erróneamente como delirios paranoides atenuados o francos, debido al impacto del trauma en el estado de ánimo y la comunicación del individuo (por ejemplo, algunos temores pueden ser apropiados para evitar amenazas y pueden mezclarse con temores de recurrencia del trauma o síntomas postraumáticos). Los grupos con mayor riesgo de diagnóstico erróneo incluyen inmigrantes, poblaciones étnicas y racializadas socialmente oprimidas y otros grupos que enfrentan adversidad social y discriminación. El criterio de angustia y deterioro ayuda a distinguir las experiencias socioculturalmente normativas de los síntomas de

síndrome de psicosis atenuada (p. ej., cautela adaptativa hacia las figuras de autoridad por parte de grupos discriminados, que puede confundirse con paranoia).

Consecuencias funcionales del síndrome de psicosis atenuada Muchas personas pueden experimentar deficiencias funcionales en el momento de la presentación.

El deterioro de moderado a moderado en el funcionamiento social y de roles puede persistir incluso con la disminución de los síntomas.

Diagnóstico diferencial

Trastorno psicótico breve. Cuando los síntomas del síndrome de psicosis atenuada se manifiestan inicialmente, pueden parecerse a los síntomas del trastorno psicótico breve. Sin embargo, en el síndrome de psicosis atenuada, los síntomas atenuados (delirios, alucinaciones o habla desorganizada) no cruzan el umbral de la psicosis.

Trastorno esquizotípico de la personalidad Las características sintomáticas del trastorno esquizotípico de la personalidad, particularmente durante las primeras etapas de presentación, son similares a las del síndrome de psicosis atenuada. Sin embargo, el trastorno esquizotípico de la personalidad es un trastorno de rasgo relativamente estable que no cumple los aspectos dependientes del estado (Criterio C) del síndrome de psicosis atenuada. Además, se requiere una gama más amplia de síntomas para el diagnóstico del trastorno esquizotípico de la personalidad.

Distorsiones de la realidad que ocurren en otros trastornos mentales. Las distorsiones de la realidad que pueden parecerse a delirios atenuados pueden ocurrir en el contexto de otros trastornos mentales (p. ej., sentimientos de baja autoestima o atribuciones de baja estima por parte de los demás en el contexto del trastorno depresivo mayor, un sentimiento de ser el foco de atención no deseado en el contexto del trastorno de ansiedad social, la autoestima inflada en el contexto del habla presionada y la necesidad reducida de dormir en el trastorno bipolar I o bipolar II, la sensación de ser incapaz de experimentar sentimientos en el contexto de un miedo intenso al abandono real o imaginario y automutilación recurrente en el trastorno límite de la personalidad). Si estas distorsiones de la realidad ocurren sólo durante

el curso de otro trastorno mental, no se haría un diagnóstico adicional de síndrome de psicosis atenuada.

Reacción de ajuste de la adolescencia. Los síntomas leves y transitorios típicos del desarrollo normal y consistentes con el grado de estrés experimentado no califican para el síndrome de psicosis atenuada.

Extremo extremo de la aberración perceptiva y el pensamiento mágico en la población no enferma.

Esta posibilidad diagnóstica debe tenerse muy en cuenta cuando las distorsiones de la realidad no están asociadas con la angustia y el deterioro funcional y la necesidad de atención.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos Los delirios atenuados y las alucinaciones atenuadas pueden ocurrir en el contexto de intoxicación con cannabis, alucinógenos, fenciclidina, inhalantes y estimulantes, o durante la abstinencia de alcohol y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

El síndrome de psicosis atenuada no debe diagnosticarse si los síntomas psicóticos atenuados ocurren solo durante el consumo de sustancias, en cuyo caso puede preferirse un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Desorden hiperactivo y déficit de atención. Una historia de deterioro de la atención no excluye un diagnóstico actual de síndrome de psicosis atenuada. El deterioro atencional anterior puede ser una condición prodrómica o un trastorno por déficit de atención/hiperactividad comórbido.

Comorbilidad La

mayoría de las personas con síndrome de psicosis atenuada experimentan algún trastorno mental comórbido, principalmente depresión (41%) y/o ansiedad (15%). Un poco más de la mitad de los individuos tienen al menos un trastorno comórbido en el seguimiento, la mayoría de los cuales estaban presentes cuando se evaluó al individuo por primera vez; la persistencia de trastornos comórbidos en el seguimiento se asocia con malos resultados clínicos y funcionales. Aunque algunas personas con un diagnóstico de síndrome de psicosis atenuada progresarán hasta desarrollar un nuevo diagnóstico, incluidos los trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares y de la personalidad, las personas con síndrome de psicosis atenuada no tienen un mayor riesgo de desarrollar nuevos trastornos no psicóticos en comparación con los sujetos de control que buscan ayuda. .

Episodios depresivos de corta duración hipomanía

Criterios propuestos

Experiencia de por vida de al menos un episodio depresivo mayor que cumpla con los siguientes criterios: A. Cinco (o más) de los siguientes criterios han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer. (**Nota:** no incluya síntomas que sean claramente atribuibles a una condición médica).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)
2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo u observado por otros).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.
- D. El trastorno no se explica mejor por el trastorno esquizaafectivo y no se superpone a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

Al menos dos episodios de por vida de períodos hipomaníacos que involucren los síntomas de criterio requeridos a continuación pero que tengan una duración insuficiente (al menos 2 días pero menos de 4 días consecutivos) para cumplir con los criterios de un episodio hipomaníaco. Los síntomas de criterio son los siguientes:

- A. Un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de actividad o energía.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representan un cambio notable del comportamiento habitual y han estado presentes durante un período significativo. grado:

1. Autoestima inflada o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).
 3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.
 4. Vuelo de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos son carreras.
 5. Distracción (es decir, atención que se dirige con demasiada facilidad a estímulos externos sin importancia o irrelevantes), tal como se informa u observa.
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora.
 7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., el individuo se involucra en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).
- C. El episodio se asocia con un cambio inequívoco en el funcionamiento que no es característico del individuo cuando no es sintomático.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observable por otros.
- E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social o laboral o para necesitar hospitalización. Si hay rasgos psicóticos, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento).

Características de diagnóstico

Las personas con episodios depresivos con hipomanía de corta duración han experimentado al menos un episodio depresivo mayor y al menos dos

episodios de 2-3 días de duración en los que se cumplieron los criterios de un episodio hipomaníaco (excepto la duración de los síntomas). Estos episodios son de suficiente intensidad para ser categorizados como un episodio hipomaníaco pero no cumplen con el requisito de duración de 4 días. Los síntomas están presentes en un grado significativo, de modo que representan un cambio notable del comportamiento normal del individuo.

Un individuo con antecedentes de un episodio hipomaníaco sindrómico y un episodio depresivo mayor por definición tiene trastorno bipolar II, independientemente de la duración actual de los síntomas hipomaníacos.

Funciones asociadas

Los individuos que han experimentado tanto hipomanía de corta duración como un episodio depresivo mayor, con su mayor comorbilidad psiquiátrica, mayores antecedentes familiares de trastorno bipolar, inicio más temprano, episodios depresivos mayores más recurrentes y mayor tasa de intentos de suicidio, se asemejan más a los individuos con trastorno bipolar. trastorno que aquellos con trastorno depresivo mayor.

Predominio

La prevalencia de episodios depresivos con hipomanía de corta duración no está clara, ya que aún no se han publicado estudios epidemiológicos que utilicen la definición del DSM-5. Usando criterios algo diferentes (hipomanía subumbral definida por cualquiera de los siguientes: duración inferior a 4 días o tener menos de tres síntomas del Criterio B), el trastorno depresivo mayor con hipomanía subumbral ocurre en hasta el 6,7% de la población de EE. UU., lo que lo hace más común que el trastorno bipolar I o II. Sin embargo, en entornos clínicos estudiados en diversos países, los episodios depresivos con hipomanía de corta duración son aproximadamente una cuarta parte de los episodios depresivos con hipomanía de duración completa. Los episodios depresivos con hipomanía de corta duración pueden ser más comunes en las mujeres, que pueden presentar más características de depresión atípica.

Factores de riesgo y pronóstico Genéticos y fisiológicos.

Los antecedentes familiares de trastorno bipolar son de tres a cuatro veces más comunes entre las personas con episodios depresivos con hipomanía de corta duración que entre las personas con trastorno depresivo mayor, mientras que los antecedentes familiares de trastorno bipolar son similares entre las personas con episodios depresivos y episodios depresivos breves frente a los completos. Hipomanía de duración.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Las personas con episodios depresivos con hipomanía de corta duración tienen tasas más altas de intentos de suicidio que las personas con trastorno depresivo mayor y tasas similares de intentos de suicidio en comparación con las personas con episodios depresivos e hipomanía de duración completa (trastorno bipolar II).

Consecuencias funcionales de la hipomanía de corta duración Las deficiencias funcionales asociadas específicamente con los episodios depresivos con hipomanía de corta duración aún no se han determinado por completo. Sin embargo, la investigación sugiere que las personas con este trastorno tienen una evaluación global similar de los puntajes de funcionamiento en comparación con aquellos con episodios depresivos con hipomanía de duración completa.

910

Diagnóstico diferencial

Trastorno bipolar II. El trastorno bipolar II se caracteriza por episodios depresivos mayores y episodios hipomaníacos, mientras que los episodios depresivos con hipomanía de corta duración se caracterizan por episodios depresivos con períodos de 2 a 3 días de síntomas hipomaníacos. Una vez que un individuo ha experimentado un episodio hipomaníaco completo que dura 4 días o más, además de los episodios depresivos mayores de por vida, el diagnóstico cambia y permanece como trastorno bipolar II, independientemente de la duración de los períodos futuros de síntomas hipomaníacos.

Trastorno depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor también se caracteriza por al menos un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida. Sin embargo, la presencia adicional de al menos dos períodos de por vida de 2 a 3 días de síntomas hipomaníacos conduce a un diagnóstico de episodios depresivos con hipomanía de corta duración en lugar de un trastorno depresivo mayor.

Trastorno depresivo mayor con características mixtas tanto el trastorno depresivo mayor con características mixtas como los episodios depresivos con hipomanía de corta duración se caracterizan por la presencia de algunos síntomas hipomaníacos y un episodio depresivo mayor. Sin embargo, el trastorno depresivo mayor con características mixtas se caracteriza por características hipomaníacas que se manifiestan **simultáneamente** con un episodio depresivo mayor, mientras que los individuos con episodios depresivos con hipomanía de corta duración experimentan hipomanía subsindrómica y depresión mayor completamente sindrómica en diferentes momentos.

Trastorno bipolar I. El trastorno bipolar I se diferencia de los episodios depresivos con hipomanía de corta duración por al menos un episodio maníaco de por vida, que es más prolongado (al menos 1 semana) y más grave (causando un marcado deterioro en el funcionamiento social o laboral o que requiere hospitalización para evitar daños a sí mismo). y otros) que un episodio hipomaníaco. Un episodio (de cualquier duración) que involucra síntomas psicóticos o requiere hospitalización es, por definición, un episodio maníaco más que hipomaníaco.

Trastorno ciclotímico. Mientras que el trastorno ciclotímico se caracteriza por períodos de síntomas depresivos y períodos de síntomas hipomaníacos, la presencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida impide el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

Trastorno por consumo de cafeína

Criterios propuestos

Un patrón problemático de consumo de cafeína que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos los primeros tres de los siguientes criterios que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. Un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o

controlar el consumo de cafeína.

2. Uso continuado de cafeína a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que

es probable que haya sido causado o exacerbado por la cafeína.

3. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes:
 - a. El síndrome de abstinencia característico de la cafeína. b. La cafeína (o una sustancia estrechamente relacionada) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. La cafeína a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto.
5. Uso recurrente de cafeína que resulte en un incumplimiento de las principales obligaciones del rol en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., tardanzas o ausencias repetidas del trabajo o la escuela relacionadas con el uso o la abstinencia de cafeína).
6. Uso continuo de cafeína a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la cafeína (p. ej., discusiones con el cónyuge sobre las consecuencias del uso, problemas médicos, costo).

911

7. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a. Una necesidad de cantidades marcadamente mayores de cafeína para lograr el efecto deseado.
- b. Efecto marcadamente disminuido con el uso continuado del mismo cantidad de cafeína.
8. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener cafeína, consumir cafeína o recuperarse de sus efectos.
9. Antojo o un fuerte deseo o urgencia de usar cafeína.

Varios estudios de investigación han proporcionado documentación y caracterización de personas con consumo problemático de cafeína, y varias revisiones brindan un análisis de esta literatura. El algoritmo de diagnóstico de trabajo propuesto para el estudio del trastorno por consumo de cafeína difiere del de los otros trastornos por consumo de sustancias, lo que refleja la necesidad de identificar solo los casos que tienen suficiente importancia clínica para justificar el etiquetado de un trastorno mental. Un objetivo clave de incluir el trastorno por consumo de cafeína en esta sección del DSM-5 es estimular la investigación que determinará la confiabilidad,

validez y prevalencia del trastorno por consumo de cafeína según el esquema de diagnóstico propuesto, con especial atención a la asociación del diagnóstico con deficiencias funcionales como parte de las pruebas de validez.

Los criterios propuestos para el trastorno por consumo de cafeína reflejan la necesidad de un umbral de diagnóstico más alto que el utilizado para los otros trastornos por consumo de sustancias. Dicho umbral tiene por objeto evitar el sobrediagnóstico del trastorno por consumo de cafeína debido a la alta tasa de consumo diario habitual de cafeína no problemático en la población general.

Características de diagnóstico

El trastorno por consumo de cafeína se caracteriza por el consumo continuado de cafeína y la falta de control del consumo a pesar de las consecuencias negativas físicas y/o psicológicas. En dos encuestas de población de EE. UU., entre el 14 % y el 17 % de los usuarios de cafeína respaldaron el uso de cafeína a pesar de problemas físicos o psicológicos, entre el 34 % y el 45 % informaron un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para controlar el uso de cafeína, y entre el 18 % y el 27 % informaron abstinencia o uso de cafeína para aliviar o evitar la abstinencia. En estas mismas encuestas, algunos usuarios de cafeína informaron haber usado más cafeína de la prevista, pasar mucho tiempo usando u obteniendo cafeína (p. ej., bebiendo café todo el día y hasta la noche), tolerancia, un fuerte deseo o ansia por la cafeína, falta de Cumplir con las principales obligaciones del rol debido a la cafeína (p. ej., pasar el tiempo de vacaciones familiares buscando bebidas con cafeína, lo que resulta en una relación conflictiva; llegar tarde al trabajo repetidamente debido a la necesidad de tomar café) y, en mucha menor medida, el consumo de cafeína a pesar de las relaciones sociales o interpersonales. problemas. Los problemas médicos y psicológicos atribuidos a la cafeína incluían problemas cardíacos, estomacales y urinarios, y quejas de ansiedad, depresión, insomnio, irritabilidad y dificultad para pensar.

En un estudio de 2259 consumidores húngaros de cafeína, el análisis factorial de los nueve criterios del trastorno por consumo de cafeína dio como resultado una solución de un factor, lo que sugiere que el trastorno por consumo de cafeína es una construcción unitaria. En dos estudios de tratamiento con cafeína en el área de Baltimore, los criterios respaldados con mayor frecuencia fueron abstinencia (97 %), deseo persistente o esfuerzos infructuosos para controlar el uso (91 %-94 %) y uso a pesar del conocimiento de los problemas físicos o psicológicos causados por la cafeína (75%-91%).

Entre las personas que buscaban tratamiento para el consumo problemático de cafeína, el 88 % informó haber realizado intentos serios previos para modificar el consumo de cafeína, y entre el 43 % y el 47 % informó que un profesional médico les había aconsejado que redujeran o eliminaran la cafeína. Las razones comunes informadas para modificar el consumo de cafeína estaban relacionadas con la salud (59 %) y el deseo de no depender de la cafeína (35 %).

El texto para la abstinencia de cafeína en el capítulo de la Sección II "Trastornos adictivos y relacionados con sustancias" brinda información sobre las características del criterio de abstinencia. Está bien documentado que los usuarios habituales de cafeína pueden experimentar un síndrome de abstinencia bien definido tras la abstinencia aguda de cafeína, y muchas personas dependientes de cafeína informan el uso continuo de cafeína para evitar experimentar síntomas de abstinencia.

912

Predominio

La prevalencia del trastorno por consumo de cafeína en la población general no está clara. Un estudio basado en la población en Vermont informó que el 9% de las personas respaldaron los tres criterios de trastorno por consumo de cafeína propuestos por el DSM-5 más la tolerancia. En una muestra de 1006 adultos consumidores de cafeína reclutados mediante cuotas demográficas para reflejar la población de los EE. UU., el 8 % apoyó los tres criterios necesarios para un diagnóstico de trastorno por consumo de cafeína.

En una muestra de adolescentes consumidores de cafeína que se presentaron para recibir atención médica de rutina en un hospital de Boston, el 3,9 % aprobó los tres criterios necesarios para un diagnóstico de trastorno por consumo de cafeína. Entre una muestra de conveniencia de consumidores de cafeína en Hungría, el 13,9 % apoyó los tres criterios, y el 4,3 % de los que informaron que los síntomas causaron una angustia significativa en su vida cotidiana.

Desarrollo y curso

Las personas cuyo patrón de uso cumple con los criterios para un trastorno por consumo de cafeína han mostrado una amplia gama de consumo diario de cafeína y han sido consumidores de varios tipos de productos con cafeína (p. ej., café, refrescos, té, bebidas energéticas) y medicamentos. Se ha realizado un diagnóstico de trastorno por consumo de cafeína.

demostrado predecir prospectivamente una mayor incidencia de refuerzo de cafeína y una abstinencia más severa.

No se han realizado investigaciones longitudinales o transversales sobre la duración de la vida sobre el trastorno por consumo de cafeína. El trastorno por consumo de cafeína se ha identificado tanto en adolescentes como en adultos. Las tasas de consumo de cafeína y el nivel general de consumo de cafeína en los Estados Unidos tienden a aumentar con la edad. Se desconocen los factores relacionados con la edad para el trastorno por consumo de cafeína, aunque existe una creciente preocupación relacionada con el consumo excesivo de cafeína entre los adolescentes y adultos jóvenes a través del uso de bebidas energéticas con cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. Las heredabilidades del uso intensivo de cafeína, la tolerancia a la cafeína y la abstinencia de cafeína oscilan entre el 35 % y el 77 %. Para el uso de cafeína, el uso de alcohol y el tabaquismo, un factor genético común (uso de varias sustancias) subyace al uso de estas tres sustancias, con un 28 % a 41 % de los efectos hereditarios del uso de cafeína (o uso intensivo) compartido con el alcohol y el tabaquismo . El consumo de cafeína y tabaco y los trastornos por consumo están asociados con factores genéticos exclusivos de estas drogas lícitas y están sustancialmente influidos por ellos. La magnitud de la heredabilidad de los marcadores de trastornos por consumo de cafeína parece ser similar a la de los marcadores de trastornos por consumo de alcohol y tabaco.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

El consumo de cafeína se ve afectado por el origen geográfico, el contexto cultural, el estilo de vida, el comportamiento social y la situación económica. El tipo de bebida con cafeína preferida (p. ej., té, café, refrescos carbonatados que contienen cafeína, **mate** [una bebida hecha de la hierba **yerba mate**]) y el modo de preparación varían globalmente, lo que lleva a marcadas diferencias en las cantidades y tipos de compuestos en una “taza” de café, té o **mate**. Estas diferencias deben tenerse en cuenta al evaluar la cantidad de cafeína ingerida.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Ninguna

Investigación aborda específicamente la relación entre el trastorno por consumo de cafeína y los pensamientos o comportamientos suicidas. Hay pruebas contradictorias

sobre el consumo de cafeína; es decir, que los altos niveles de consumo de cafeína pueden estar asociados con un mayor riesgo de pensamientos o conductas suicidas o pueden ser protectores contra pensamientos o conductas suicidas.

913

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cafeína Una encuesta

de población de EE. UU. encontró que aquellos que cumplían con los criterios para el trastorno por consumo de cafeína tenían más probabilidades de reportar una mayor angustia relacionada con la cafeína, sentirse mal o culpable por el consumo de cafeína, problemas para dormir, ansiedad, depresión y estrés. Un mayor número de síntomas totales avalados también predijo estos resultados negativos. El trastorno por uso de cafeína puede predecir un mayor uso de cafeína durante el embarazo.

Diagnóstico diferencial

Consumo no problemático de cafeína.

La distinción entre el uso no problemático de cafeína y el trastorno por consumo de cafeína puede ser difícil de hacer porque los problemas sociales, de comportamiento o psicológicos pueden ser difíciles de atribuir a la sustancia, especialmente en el contexto del uso de otras sustancias. El uso regular y abundante de cafeína que puede resultar en tolerancia y abstinencia es relativamente común, lo que por sí solo no debería ser suficiente para hacer un diagnóstico.

Otro trastorno por consumo de estimulantes Los problemas relacionados con el uso de otros medicamentos o sustancias estimulantes pueden aproximarse a las características del trastorno por consumo de cafeína.

Desórdenes de ansiedad. El uso intensivo crónico de cafeína puede simular un trastorno de ansiedad generalizada, y el consumo agudo de cafeína puede producir y simular ataques de pánico.

Comorbilidad Las

comorbilidades asociadas con el trastorno por consumo de cafeína incluyen el tabaquismo diario, el trastorno por consumo de cannabis y antecedentes familiares o personales de trastorno por consumo de alcohol. En comparación con los individuos de la población general, las tasas de trastorno por consumo de cafeína son más altas entre quienes buscan tratamiento para el consumo problemático de cafeína; personas que consumen tabaco; escuela secundaria y

estudiantes universitarios; y aquellos con antecedentes de abuso de alcohol o drogas ilícitas. Las características del trastorno por consumo de cafeína pueden asociarse positivamente con varios diagnósticos: depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de personalidad antisocial y trastornos por consumo de alcohol, cannabis y cocaína.

Trastorno de juegos de Internet

Criterios propuestos

Uso persistente y recurrente de Internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, lo que lleva a un deterioro o angustia clínicamente significativos según lo indicado por cinco (o más) de los siguientes en un período de 12 meses:

1. Preocupación por los juegos de Internet. (El individuo piensa en la actividad de juego anterior o anticipa jugar el próximo juego; los juegos de Internet se convierten en la actividad dominante en la vida diaria).

Nota: este trastorno es distinto del juego por Internet, que se incluye en el trastorno del juego.

2. Síntomas de abstinencia cuando se retiran los juegos de Internet.

(Estos síntomas generalmente se describen como irritabilidad, ansiedad o tristeza, pero no hay signos físicos de abstinencia farmacológica).

3. Tolerancia: la necesidad de pasar más tiempo participando en juegos de Internet.

4. Intentos fallidos de controlar la participación en Internet juegos.

5. Pérdida de interés en pasatiempos y entretenimiento anteriores como resultado de, y con la excepción de, juegos de Internet.

6. Uso excesivo continuado de juegos de Internet a pesar de conocimiento de los problemas psicosociales.
7. Ha engañado a familiares, terapeutas u otras personas con respecto a la cantidad de juegos de Internet.
8. Uso de juegos de Internet para escapar o aliviar un estado de ánimo negativo (p. ej., sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad).
9. Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o profesional debido a la participación en juegos de Internet.

Nota: en este trastorno solo se incluyen los juegos de Internet que no son apuestas. No se incluye el uso de Internet para actividades requeridas en un negocio o profesión; ni se pretende que el trastorno incluya otros usos recreativos o sociales de Internet. Del mismo modo, los sitios de Internet sexuales están excluidos.

Especifique la gravedad

actual: el trastorno de los juegos de Internet puede ser leve, moderado o grave según el grado de interrupción de las actividades normales.

Las personas con un trastorno de juego en Internet menos grave pueden exhibir menos síntomas y menos interrupciones en sus vidas.

Las personas con un trastorno grave de los juegos en Internet pasarán más horas frente a la computadora y una pérdida más grave de relaciones u oportunidades profesionales o escolares.

El trastorno del juego es actualmente el único trastorno no relacionado con sustancias incluido en el capítulo "Trastornos adictivos y relacionados con sustancias" del DSM-5, Sección II. Sin embargo, hay otros trastornos del comportamiento que muestran algunas similitudes con los trastornos por uso de sustancias y el trastorno por juego para los cuales la palabra **adicción** se usa comúnmente en entornos no médicos, y la única condición con una literatura considerable es el juego compulsivo de juegos de Internet. Según los informes, el gobierno chino ha definido los juegos de Internet como una "adicción" y se considera una amenaza para la salud pública en Corea del Sur, donde se han establecido sistemas de tratamiento y prevención. Han aparecido informes sobre el tratamiento de esta afección en revistas médicas, en su mayoría de países asiáticos, pero también en los Estados Unidos y otros países de altos ingresos.

El grupo de trabajo del DSM-5 revisó más de 240 artículos y encontró algunas similitudes en el comportamiento de los juegos de Internet con el trastorno del juego y los trastornos por uso de sustancias. La literatura adolece, sin embargo, de la falta de una definición estándar de la cual derivar datos de prevalencia. También falta una comprensión de las historias naturales de los casos, con o sin tratamiento.

La literatura describe muchas similitudes subyacentes con las adicciones a sustancias, incluidos aspectos de tolerancia, abstinencia, repetidos intentos fallidos de reducir o dejar de fumar y deterioro del funcionamiento normal. Además, las tasas de prevalencia aparentemente altas, tanto en los países asiáticos como en Occidente, justificaron la inclusión de este trastorno en la Sección III del DSM-5 y en el capítulo Trastornos mentales, conductuales y del neurodesarrollo de la CIE-11. Tenga en cuenta que desde la publicación del DSM-5, la cantidad de informes clínicos ha seguido acumulándose, pero muchos de los problemas siguen sin resolverse.

El trastorno de los juegos de Internet ha adquirido una importancia significativa para la salud pública, y la investigación adicional puede eventualmente conducir a la evidencia de que el trastorno de los juegos de Internet (también conocido comúnmente como **trastorno del uso de Internet, adicción a Internet o adicción a los juegos**) tiene mérito como un trastorno independiente. Al igual que con el trastorno del juego, debe haber estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia, el curso clínico, la posible influencia genética y los posibles factores biológicos basados, por ejemplo, en datos de imágenes cerebrales.

Características de diagnóstico

La característica esencial del trastorno de los juegos de Internet es un patrón de participación excesiva y prolongada en los juegos de Internet que da como resultado un grupo de síntomas cognitivos y conductuales, que incluyen la pérdida progresiva de control sobre los juegos, la tolerancia y la abstinencia.

síntomas, análogos a los síntomas de los trastornos por uso de sustancias. Estos juegos basados en Internet suelen implicar la competencia entre grupos de jugadores que a menudo se encuentran en diferentes regiones del mundo, por lo que la independencia de la zona horaria alienta la duración prolongada del juego. Aunque internet

El trastorno de los juegos generalmente involucra juegos específicos de Internet con competencia multijugador, también puede incluir juegos fuera de línea computarizados que no son de Internet, aunque estos han sido menos investigados. Los juegos de Internet a menudo incluyen un aspecto importante de las interacciones sociales durante el juego, y los aspectos del juego en equipo parecen ser una motivación clave. Se resisten fuertemente los intentos de dirigir al individuo hacia el trabajo escolar o las actividades interpersonales.

Las personas con el trastorno de los juegos en Internet continúan sentados frente a una computadora y participando en actividades de juego a pesar de que descuidan otras actividades. Por lo general, dedican de 8 a 10 horas o más por día a esta actividad y al menos 30 horas por semana. Si se les impide usar una computadora y regresar al juego, se agitan y se enojan. A menudo pasan largos períodos sin comer ni dormir. Se descuidan las obligaciones normales, como la escuela o el trabajo, o las obligaciones familiares.

Hasta que los criterios óptimos y el umbral para el diagnóstico se determinen empíricamente, se deben usar definiciones conservadoras, de modo que los diagnósticos se consideren para la aprobación de cinco o más de nueve criterios.

Funciones asociadas

Aunque no se han identificado tipos de personalidad consistentes asociados con el trastorno de los juegos de Internet, la afectividad negativa, el desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo se han asociado con el trastorno.

Las personas con juegos de Internet compulsivos han demostrado activación cerebral en regiones específicas desencadenadas por la exposición al juego de Internet, pero no limitadas a las estructuras del sistema de recompensas.

Predominio

Se calcula que la prevalencia media del trastorno de los juegos de Internet durante 12 meses es del 4,7 % en varios países, con un rango del 0,7 % al 15,6 % en todos los estudios. La investigación que utiliza los criterios propuestos por el DSM-5 sugiere que la prevalencia es similar en los países asiáticos y occidentales. En los Estados Unidos, según grandes encuestas basadas en Internet, la prevalencia del trastorno de los juegos de Internet DSM-5 es del 1 % o menos. Un metanálisis internacional de 16 estudios encontró una prevalencia agrupada del trastorno de los juegos de Internet entre

adolescentes del 4,6 %, y los adolescentes varones/hombres generalmente informan una tasa de prevalencia más alta (6,8 %) que las adolescentes niñas/mujeres (1,3 %).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La disponibilidad de computadoras con conexión a Internet permite el acceso a los tipos de juegos con los que se asocia con mayor frecuencia el trastorno del juego en Internet.

Genético y fisiológico. Los hombres adolescentes parecen estar en mayor riesgo de desarrollar el trastorno de los juegos en Internet.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género El

trastorno de los juegos de Internet parece ser más común en los hombres adolescentes y adultos jóvenes que en las mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Los varones adolescentes de 12 a 15 años también pueden correr un mayor riesgo de efectos adversos de los juegos desordenados (p. ej., calificaciones escolares más bajas, soledad). También puede haber diferencias de género en los tipos de juegos que se juegan, en el sentido de que las adolescentes de 12 a 15 años tienden a elegir juegos que incluyen rompecabezas, música y temas sociales y educativos, mientras que los adolescentes de la misma edad eligen más a menudo la acción, la lucha , estrategia y juegos de rol que pueden tener un mayor potencial adictivo.

916

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Pocos estudios

abordan específicamente el suicidio en personas diagnosticadas con trastorno de juego en Internet, pero hay estudios disponibles sobre un fenotipo más amplio de comportamientos problemáticos en Internet y juegos en línea. Una encuesta de hogares representativa a nivel nacional de jóvenes australianos de 11 a 17 años (Young Minds Matter) encontró que el comportamiento problemático de Internet y los juegos en línea se asoció con un mayor riesgo de intento de suicidio en el año anterior.

Después de controlar la demografía, la depresión, el apoyo familiar y la autoestima, un estudio de encuesta de 9510 estudiantes taiwaneses de 12 a 18 años de edad encontró que la adicción a Internet, incluidos los juegos en línea, estaba asociada con pensamientos suicidas e intentos de suicidio. En una muestra representativa de 8.807

estudiantes de escuelas europeas seleccionadas al azar, el 3,62 % tenía un trastorno de juego en Internet (según los criterios del DSM-5), y se consideró que el 3,11 % de los estudiantes tenía un uso patológico de Internet pero no era jugador. Ambos grupos mostraron un aumento similar en el riesgo de síntomas emocionales, trastorno de conducta, hiperactividad/falta de atención, conductas autolesivas y pensamientos y conductas suicidas. Los efectos en la salud mental del uso problemático de Internet, incluidos los pensamientos o comportamientos suicidas, parecen estar relacionados y quizás mediados por el impacto del uso problemático de Internet en el sueño.

Consecuencias funcionales del trastorno de los juegos de Internet El trastorno de los juegos de Internet puede provocar el fracaso escolar, la pérdida del trabajo o el matrimonio fallido. El comportamiento de juego compulsivo tiende a desplazar las actividades sociales, escolares y familiares normales. Los estudiantes pueden mostrar calificaciones decrecientes y eventualmente fracasar en la escuela. Las responsabilidades familiares pueden ser descuidadas.

Diagnóstico diferencial El uso

excesivo de Internet que no implica jugar juegos en línea (p. ej., uso excesivo de redes sociales, como Facebook, ver pornografía en línea) no se considera análogo al trastorno de los juegos en Internet, y la investigación futura sobre otros usos excesivos de Internet sería deben seguir pautas similares a las sugeridas en este documento. El juego excesivo en línea puede calificar para un diagnóstico separado de trastorno del juego.

Comorbilidad La

salud puede descuidarse debido al juego compulsivo. Otros diagnósticos que pueden estar asociados con el trastorno de los juegos de Internet incluyen el trastorno depresivo mayor, el TDAH y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno neuroconductual asociado con Exposición prenatal al alcohol

Criterios propuestos

A. Más que una exposición mínima al alcohol durante la gestación, incluso antes del reconocimiento del embarazo. La confirmación de la exposición gestacional al alcohol se puede obtener a partir del autoinforme materno sobre el consumo de alcohol durante el embarazo, los registros médicos o de otro tipo, o la observación clínica.

B. Deterioro del funcionamiento neurocognitivo manifestado por uno o más de los siguientes:

1. Deterioro en el rendimiento intelectual global (es decir, coeficiente intelectual de 70 o menos, o una puntuación estándar de 70 o menos en una evaluación integral del desarrollo).

2. Deterioro en el funcionamiento ejecutivo (p. ej., planificación y organización deficientes, inflexibilidad, dificultad con la inhibición del comportamiento).

917

3. Deterioro en el aprendizaje (p. ej., rendimiento académico inferior al esperado para el nivel intelectual; discapacidad específica del aprendizaje).

4. Deterioro de la memoria (p. ej., problemas para recordar información aprendida recientemente; cometer los mismos errores repetidamente; dificultad para recordar instrucciones verbales largas).

5. Deterioro en el razonamiento visoespacial (p. ej., dibujos o construcciones desorganizados o mal planificados; problemas para diferenciar la izquierda de la derecha).

C. Deterioro de la autorregulación manifestado por uno o más de los siguientes:

1. Deterioro en el estado de ánimo o regulación del comportamiento (p. ej., labilidad del estado de ánimo; afecto negativo o irritabilidad; arrebatos de comportamiento frecuentes).

2. Déficit de atención (p. ej., dificultad para cambiar la atención, dificultad para mantener el esfuerzo mental).

3. Deterioro en el control de los impulsos (p. ej., dificultad para esperar su turno; dificultad para cumplir con las reglas).
- D. Deterioro en el funcionamiento adaptativo manifestado por dos o más de los siguientes, uno de los cuales debe ser (1) o (2):
 1. Déficit de comunicación (p. ej., retraso en la adquisición del lenguaje, dificultad para comprender el lenguaje hablado).
 2. Deterioro en la comunicación e interacción social (p. ej., demasiado amistoso con los extraños, dificultad para leer las señales sociales, dificultad para comprender las consecuencias sociales).
 3. Deterioro de las habilidades de la vida diaria (p. ej., retraso en ir al baño, comer o bañarse; dificultad para manejar el horario diario).
 4. Deterioro de las habilidades motoras (p. ej., desarrollo deficiente de la motricidad fina; retraso en el logro de los hitos de la motricidad gruesa o déficits continuos en la función motora gruesa; déficits en la coordinación y el equilibrio).
- E. Comienzo del trastorno (síntomas en los Criterios B, C y D) ocurre en la infancia.
- F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
- G. El trastorno no se explica mejor por los efectos fisiológicos directos asociados con el uso posnatal de una sustancia (p. ej., un medicamento, alcohol u otras drogas), una afección médica general (p. ej., lesión cerebral traumática, delirio, demencia), otra enfermedad conocida teratógeno (p. ej., síndrome de hidantoína fetal), una condición genética (p. ej., síndrome de Williams, síndrome de Down, síndrome de Cornelia de Lange) o negligencia ambiental.

El alcohol es un teratógeno neuroconductual, y la exposición prenatal al alcohol tiene efectos teratogénicos sobre el desarrollo del sistema nervioso central (SNC) y la función posterior. ***El trastorno neuroconductual asociado a la exposición prenatal al alcohol*** (ND-PAE) es un nuevo término aclaratorio, destinado a

abarcan la gama completa de discapacidades del desarrollo asociadas con la exposición al alcohol en el útero. El ND-PAE se puede diagnosticar tanto en ausencia como en presencia de los efectos físicos de la exposición prenatal al alcohol (p. ej., dismorfología facial necesaria para el diagnóstico del síndrome alcohólico fetal).

Características de

diagnóstico Las características esenciales de ND-PAE son la manifestación de deterioro en el funcionamiento neurocognitivo, conductual y adaptativo asociado con la exposición prenatal al alcohol. El deterioro se puede documentar en base a evaluaciones diagnósticas anteriores (p. ej., evaluaciones psicológicas o educativas) o registros médicos, informes del individuo o informantes y/o la observación de un médico.

Un diagnóstico clínico de síndrome alcohólico fetal, incluida la dismorfología facial prenatal específica relacionada con el alcohol y el retraso del crecimiento, se puede utilizar como evidencia de

918

niveles significativos de exposición prenatal al alcohol; Se han desarrollado pautas específicas para la dismorfología facial para diversas fisionomías etnoraciales. Aunque los estudios en animales y humanos han documentado los efectos adversos de niveles más bajos de consumo de alcohol, identificar cuánta exposición prenatal se necesita para impactar significativamente el resultado del desarrollo neurológico sigue siendo un desafío. Los datos sugieren que puede ser necesario un historial de exposición gestacional superior a la mínima antes del reconocimiento del embarazo y/o después del reconocimiento del embarazo. Una exposición superior a la mínima se define como más de 13 tragos por mes durante el embarazo o más de 2 tragos en cualquier ocasión. Identificar un umbral mínimo de consumo de alcohol durante el embarazo requerirá la consideración de una variedad de factores que afectan la exposición y/o interactúan para influir en los resultados del desarrollo, incluida la etapa de desarrollo prenatal, el tabaquismo gestacional, la genética materna y fetal y el estado físico materno (es decir, edad, salud y ciertos problemas obstétricos).

Los síntomas de ND-PAE incluyen un deterioro marcado en el rendimiento intelectual global (CI) o deterioros neurocognitivos en cualquiera de las siguientes áreas: funcionamiento ejecutivo, aprendizaje, memoria y/o razonamiento visoespacial. Las deficiencias en la autorregulación están presentes y pueden incluir deficiencias en la regulación del estado de ánimo o del comportamiento, déficit de atención o deficiencias en el control de los impulsos. Finalmente, las deficiencias en el funcionamiento adaptativo incluyen deficiencias en la comunicación y deficiencias en la comunicación e interacción social. Puede haber deterioro en las habilidades de la vida diaria (autoayuda) y deterioro en las habilidades motoras. Dado que puede ser difícil obtener una evaluación precisa de las habilidades neurocognitivas de los niños muy pequeños, es apropiado diferir el diagnóstico para niños de 3 años de edad y menores.

Funciones asociadas

Las características asociadas varían según la edad, el grado de exposición al alcohol y el entorno del individuo. Un individuo puede ser diagnosticado con este trastorno independientemente de sus antecedentes socioeconómicos o culturales. Sin embargo, el abuso constante de alcohol/sustancias de los padres, la enfermedad mental de los padres, la exposición a la violencia doméstica o comunitaria, la negligencia o el abuso, las relaciones de cuidado interrumpidas, las múltiples colocaciones fuera del hogar y la falta de continuidad en la atención médica o de salud mental a menudo están presentes.

Predominio

En los Estados Unidos, la prevalencia de ND-PAE (que abarca los trastornos del espectro alcohólico fetal) se estimó en 15,2/1000 (rango: 11,3–50,0/1000), con estimaciones más altas derivadas cuando solo se incluyeron niños con evaluaciones completas (31,1–1000). 98,5/1.000). Cuando se consideran las subpoblaciones vulnerables, las tasas de ND-PAE pueden ser mucho más altas (p. ej., entre los niños en entornos de atención, 251,5/1000), según un metanálisis de datos de varios países. En 2012, la prevalencia mundial media del trastorno del espectro alcohólico fetal en la población general fue de 7,7 por 1000 personas, con una prevalencia de 8,8 por 1000 en la región de las Américas (incluidos los Estados Unidos).

Desarrollo y Curso

Entre las personas con exposición prenatal al alcohol, la evidencia de disfunción del SNC varía según la etapa de desarrollo. Aunque alrededor de la mitad de los niños pequeños expuestos prenatalmente al alcohol muestran un marcado retraso en el desarrollo en los primeros 3 años de vida, otros niños afectados por la exposición prenatal al alcohol pueden no mostrar signos de disfunción del SNC hasta que están en edad preescolar o escolar. Además, las deficiencias en los procesos cognitivos de orden superior (es decir, el funcionamiento ejecutivo), que a menudo se asocian con la exposición prenatal al alcohol, pueden evaluarse más fácilmente en niños mayores. Cuando los niños alcanzan la edad escolar, las dificultades de aprendizaje, el deterioro de la función ejecutiva y los problemas con las funciones integradoras del lenguaje suelen surgir con mayor claridad, y tanto las deficiencias en las habilidades sociales como las conductas desafiantes pueden volverse más evidentes. En particular, como la escuela y otros requisitos

919

se vuelven más complejos, se notan mayores déficits. Por ello, los años escolares representan las edades en las que sería más probable un diagnóstico de END-PAE.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educativo de la madre son factores de riesgo para el síndrome alcohólico fetal. Esta asociación está relacionada con factores sociales, estructurales y psicológicos que pueden aumentar el riesgo de consumo materno de alcohol o empeorar su impacto, incluidos los determinantes sociales de la salud, como la alta concentración de licorerías en comunidades de bajos ingresos y segregadas étnicamente.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los factores socioeconómicos y culturales afectan el consumo de alcohol durante el embarazo, que oscila globalmente entre el 0,2 % en la región del Mediterráneo oriental y el 25,2 % en la región europea. Las personas que pertenecen a grupos étnicos que tienen proporciones más altas de ciertos alelos de enzimas que metabolizan el alcohol (p. ej., de la aldehído deshidrogenasa 2) pueden tener menos probabilidades de presentar los efectos de la exposición prenatal al alcohol.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas El

suicidio es un resultado de alto riesgo, con tasas que aumentan significativamente en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Los análisis de la base de datos del trastorno del espectro alcohólico fetal (FASD, por sus siglas en inglés) nacional canadiense muestran que entre las personas con FASD que tienen una regulación afectiva alterada, existe un riesgo marcadamente mayor de pensamientos o conductas suicidas. En un registro basado en Alberta, se encontró que las personas con síndrome alcohólico fetal tienen un riesgo notablemente mayor de muerte prematura, con un 15 % de muerte por suicidio. En California, un estudio de 54 adolescentes de 13 a 18 años con FASD también demostró tasas marcadamente más altas de pensamientos suicidas e intentos serios (todos de niños) en comparación con la población adolescente general de EE. UU. En una encuesta canadiense, las madres de personas con TEAF tenían seis veces más probabilidades de morir por suicidio y casi cinco veces más probabilidades de intentar suicidarse después de dar a luz a un niño con TEAF en comparación con las madres cuyos hijos no tenían TEAF, lo que sugiere que las mayores tasas de ideación suicida e intentos de suicidio entre los jóvenes con TEAF pueden estar mediadas por factores familiares (genéticos y/o ambientales), además de cualquier riesgo conferido por la propia condición de TEAF.

Consecuencias funcionales del trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol La disfunción del SNC observada en individuos

con ND-PAE a menudo conduce a una disminución en el comportamiento adaptativo y al comportamiento inadaptado con consecuencias de por vida. Se han asociado anomalías con ND-PAE en múltiples sistemas de órganos, incluidos el corazón, los riñones, el hígado, el tracto gastrointestinal y los sistemas endocrinos. Las personas afectadas por la exposición prenatal al alcohol tienen una mayor prevalencia de experiencias escolares interrumpidas, malos antecedentes laborales, problemas con la ley, confinamiento (legal o psiquiátrico) y condiciones de vida dependientes.

Diagnóstico diferencial

Otras consideraciones incluyen la exposición materna a otras sustancias durante el período prenatal; atención prenatal deficiente; los efectos fisiológicos del uso de sustancias posnatales, como medicamentos, alcohol u otras sustancias; trastornos

debido a otra afección médica, como una lesión cerebral traumática u otros trastornos neurocognitivos (p. ej., delirio, trastorno neurocognitivo mayor [demencia]); y abandono ambiental.

Condiciones genéticas como el síndrome de Williams, el síndrome de Down o el síndrome de Cornelia de Lange y otras condiciones teratogénicas como el síndrome de hidantoína fetal y

920

la fenilcetonuria materna puede tener características físicas y conductuales similares. Se necesita una revisión cuidadosa del historial de exposición prenatal para aclarar el agente teratogénico, y puede ser necesaria una evaluación por parte de un genetista clínico para distinguir las características físicas asociadas con estas y otras condiciones genéticas.

Comorbilidad

Se han identificado problemas de salud mental en más del 90% de las personas con antecedentes de exposición prenatal significativa al alcohol. El diagnóstico concomitante más común es el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, pero la investigación ha demostrado que las personas con ND-PAE difieren en las características neuropsicológicas y en su capacidad de respuesta a las intervenciones farmacológicas. Otros trastornos concurrentes de alta probabilidad incluyen el trastorno negativista desafiant e y el trastorno de conducta, pero la idoneidad de estos diagnósticos debe sopesarse en el contexto de las deficiencias significativas en el funcionamiento intelectual y ejecutivo general que a menudo se asocian con la exposición prenatal al alcohol. Se han descrito síntomas del estado de ánimo, incluidos los síntomas del trastorno bipolar y los trastornos depresivos. Los antecedentes de exposición prenatal al alcohol se asocian con un mayor riesgo de trastornos posteriores por consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

Trastorno de conducta suicida

Criterios propuestos

- A. En los últimos 24 meses, la persona se ha suicidado intentar.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos autoiniciada por un individuo que, en el momento de la iniciación, esperaba que el conjunto de acciones lo llevaría a su propia muerte. (El “momento de iniciación” es el momento en que tuvo lugar un comportamiento que involucró la aplicación del método).

- B. El acto no cumple con los criterios de autolesiones no suicidas, es decir, no involucra autolesiones dirigidas a la superficie del cuerpo realizadas para inducir el alivio de un sentimiento negativo/estado cognitivo o para lograr un estado de ánimo positivo.
- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida ni a los actos preparatorios.
- D. El acto no se inició durante un estado de delirio o confusión.
- E. El acto no se llevó a cabo únicamente por motivos políticos o religiosos. objetivo.

Especifique

si: **Actual:** No más de 12 meses desde el último intento.

En remisión temprana: 12 a 24 meses desde el último intento.

Nota: códigos ICD-10-CM para indicar si la conducta suicida es parte de la presentación clínica actual (**T14.91A** para contacto inicial y **T14.91D** para encuentros posteriores) y/o si ha habido antecedentes de conducta suicida (**Z91 .51**) están disponibles para uso clínico para acompañar cualquier diagnóstico del DSM-5; además, los códigos se pueden registrar en ausencia de un diagnóstico DSM-5. La definición de estos códigos se incluye en la Sección II, “Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica” (ver “Comportamiento suicida”).

Especificadores

El comportamiento suicida a menudo se clasifica en términos de violencia del método. Generalmente, las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran

método no violento, mientras que los saltos, las heridas de bala y otros métodos se consideran violentos. Otra dimensión para la clasificación son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren hospitalización médica más allá de una visita a una emergencia.

921

Departamento. Una dimensión adicional considerada incluye el grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias para el resultado médico de un intento de suicidio.

Si la conducta suicida ocurrió entre 12 y 24 meses antes de la evaluación, el se considera que la condición está en remisión temprana.

Características de diagnóstico

La manifestación esencial del trastorno de la conducta suicida es el intento de suicidio. Un **intento de suicidio** es un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con al menos alguna intención de morir. El comportamiento puede o no provocar lesiones o consecuencias médicas graves. Varios factores pueden influir en las consecuencias médicas del intento de suicidio, incluida la mala planificación, la falta de conocimiento sobre la letalidad del método elegido, la baja intencionalidad o ambivalencia, o la intervención casual de otros después de que se haya iniciado el comportamiento. Estos no deben ser considerados al asignar el diagnóstico.

Determinar el grado de intención puede ser un desafío. Es posible que las personas no reconozcan la intención, especialmente en situaciones en las que hacerlo podría resultar en la hospitalización o causar angustia a los seres queridos. Los marcadores de riesgo incluyen el grado de planificación, incluida la selección de un momento y lugar para minimizar el rescate o la interrupción; el estado mental del individuo en el momento del comportamiento, siendo especialmente preocupante la agitación aguda; alta reciente de atención hospitalaria; o interrupción reciente de un estabilizador del estado de ánimo como el litio o un antipsicótico como la clozapina en el caso de la esquizofrenia.

Los ejemplos de "desencadenantes" ambientales incluyen el conocimiento reciente de un diagnóstico médico potencialmente fatal, como el cáncer, la pérdida repentina e inesperada de un pariente cercano o pareja, la pérdida del empleo o el desplazamiento de la vivienda. Por el contrario, características como hablar con otros

sobre eventos futuros o la preparación para firmar un contrato de seguridad son indicadores menos confiables.

Para que se cumplan los criterios, el individuo debe haber realizado al menos un intento de suicidio. Los intentos de suicidio pueden incluir comportamientos en los que, después de iniciar el intento de suicidio, el individuo cambia de opinión o alguien interviene. Por ejemplo, un individuo puede tener la intención de ingerir una determinada cantidad de medicamento o veneno, pero detenerse o ser detenido por otro antes de ingerir la cantidad total. Si el individuo es disuadido por otro o cambia de opinión antes de iniciar el comportamiento, no se debe realizar el diagnóstico. Los actos que califican para el diagnóstico de trastorno de la conducta suicida no deben haberse iniciado exclusivamente durante un estado de delirio o confusión. Si el individuo se emborrachó deliberadamente antes de iniciar el comportamiento suicida para reducir la ansiedad anticipatoria y minimizar la interferencia con el comportamiento previsto, aún se puede hacer el diagnóstico.

Actualmente no existen instrumentos clínicos que arrojen valores predictivos positivos suficientes para convertirlos en herramientas útiles para predecir la conducta suicida a nivel del paciente. No sorprende que los factores clínicos o biológicos individuales sean malos indicadores del riesgo de suicidio, porque el comportamiento suicida emerge de una convergencia de múltiples factores de riesgo. Además, dada la heterogeneidad clínica del comportamiento suicida, es probable que existan múltiples vías hacia el comportamiento suicida que solo pueden captarse si se considera esta heterogeneidad. De manera similar, se han estudiado numerosos biomarcadores, pero no ha surgido ningún predictor sólido.

Desarrollo y curso El trastorno del

comportamiento suicida puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero rara vez se observa en niños menores de 5 años. Aproximadamente entre el 25 % y el 30 % de las personas que intentan suicidarse harán más intentos. Existe una variabilidad significativa en términos de frecuencia, método y letalidad de los intentos. Sin embargo, esto no es diferente de lo que se observa en otras enfermedades, como el trastorno depresivo mayor, en el que la frecuencia del episodio, el subtipo de episodio y el deterioro para un episodio determinado pueden variar significativamente.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. El estudio de asociación de intento de suicidio más grande de todo el genoma hasta la fecha, del Consorcio de Genómica Psiquiátrica, encontró que el riesgo genético de depresión aumenta el riesgo de intento de suicidio en cohortes de diagnóstico con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia. En otras palabras, en todas las categorías de diagnóstico, los que lo intentan tienen más alelos de riesgo para la depresión que los que no lo intentan, en lugar de simplemente para su diagnóstico psiquiátrico primario. Estos resultados sugieren que las asociaciones genéticas con el intento de suicidio son en parte únicas y en parte compartidas con las asociaciones genéticas con la depresión.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura Los contextos culturales afectan la frecuencia y la forma del trastorno del comportamiento suicida, incluidas las variaciones en la incidencia y la prevalencia, los métodos utilizados (p. ej., envenenamiento con pesticidas en países de bajos ingresos; heridas de bala en el suroeste de los Estados Unidos), motivaciones, circunstancias y significados. Estos patrones varían con el tiempo, según el migrante o el grupo étnico y según el entorno del servicio. Factores estresantes y predicamentos sociales mediados culturalmente, como rupturas familiares, pérdida percibida de dignidad o estatus interpersonal, roles y expectativas intergeneracionales en conflicto debido a la aculturación diferencial, niveles cambiantes de integración sociocultural, estigma y autoestigma sobre el suicidio, y discriminación sistemática e inequidad estructural (institucionalización). sesgo socioeconómico y opresión) pueden contribuir al riesgo de trastorno de conducta suicida. Las actitudes hacia el suicidio y las conductas suicidas están influenciadas por factores históricos, ambientales, económicos, políticos, legales, sociales, culturales, morales y espirituales o religiosos. Por ejemplo, en una muestra longitudinal de EE. UU. seguida a lo largo de generaciones, la creencia de los padres (autoidentificados como mayoritariamente protestantes y católicos) en la importancia de la religión se asoció con un menor riesgo de comportamiento suicida en sus hijos, independientemente de la creencia propia de los hijos sobre la importancia religiosa. y otros factores parentales conocidos, como la depresión de los padres, el comportamiento suicida y el divorcio. Las razones de los intentos de suicidio y la elección de los métodos de suicidio pueden tener un significado cultural, que puede estar asociado

con respuestas individuales y sociales específicas (p. ej., de estigma, vergüenza o respeto).

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

El trastorno de la conducta suicida varía en prevalencia y forma según el sexo y el género. En promedio, los suicidios son dos veces más comunes en los hombres que en las mujeres, aunque la tasa de prevalencia varía según el país y el contexto cultural. Las estimaciones también varían porque la intención de los comportamientos de autolesión no siempre se mide claramente; sin embargo, el comportamiento suicida que no resulta en la muerte es más común en mujeres que en hombres. Los hombres generalmente usan métodos más letales, como disparos y ahorcamiento, mientras que los medios menos letales, como el autoenvenenamiento, son más comunes en las mujeres. La frecuencia de conductas suicidas es mayor en mujeres (es decir, el promedio de intentos de suicidio de una mujer es generalmente mayor que el promedio de un hombre), pero esto podría explicarse por el uso más frecuente de métodos menos letales entre las mujeres. Las tasas de suicidio entre las personas que se identifican como transgénero son altas y las personas transgénero también tienen un mayor riesgo de comportamiento suicida que las personas cisgénero.

Marcadores de diagnóstico

A menudo son evidentes las anomalías de laboratorio consecuentes al intento de suicidio. El comportamiento suicida que conduce a la pérdida de sangre puede estar acompañado de anemia, hipotensión o shock. Las sobredosis pueden provocar coma u obnubilación y anomalías de laboratorio asociadas, como desequilibrios electrolíticos.

923

comorbilidad

El trastorno de conducta suicida se considera en el contexto de una variedad de trastornos mentales, más comúnmente trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos de ansiedad (en particular, trastornos de pánico asociados con contenido catastrófico y escenas retrospectivas de TEPT), trastornos por uso de sustancias, especialmente trastornos por consumo de alcohol), borderlin

trastorno de personalidad, trastorno de personalidad antisocial, trastornos alimentarios y trastornos de adaptación.

Trastorno de autolesión no suicida

Criterios propuestos

A. En el último año, la persona ha sufrido, durante 5 días o más, un daño autoinfligido intencionalmente en la superficie de su cuerpo de un tipo que probablemente provoque sangrado, hematomas o dolor (p. ej., cortes, quemaduras , apuñalamiento, golpes, frotamiento excesivo), con la expectativa de que la lesión solo provoque un daño físico menor o moderado (es decir, no hay intención de suicidio).

Nota: La ausencia de intención suicida ha sido declarada por el individuo o puede inferirse por la participación repetida del individuo en un comportamiento que el individuo sabe, o ha aprendido, que probablemente no resulte en la muerte.

B. El individuo se involucra en el comportamiento auto agresivo con una o más de las siguientes expectativas: 1. Para obtener alivio de un sentimiento negativo o estado cognitivo.
2. Para resolver una dificultad interpersonal.
3. Para inducir un estado emocional positivo.

Nota: El alivio o la respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede mostrar patrones de comportamiento que sugieran una dependencia de participar repetidamente en ello.

C. La autolesión intencional está asociada con al menos uno de los siguientes: 1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, ira, ira generalizada.

angustia, o autocrítica, que ocurre en el período inmediatamente anterior al acto de autolesión.

2. Antes de participar en el acto, un período de preocupación por el comportamiento previsto que es difícil de controlar.
 3. Pensar en las autolesiones que ocurren con frecuencia, incluso cuando no se actúa en consecuencia.
- D. El comportamiento no está sancionado socialmente (p. ej., perforaciones en el cuerpo, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural) y no se limita a quitarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias causan malestar clínicamente significativo o interferencia en áreas interpersonales, académicas u otras áreas importantes de funcionamiento.
- F. La conducta no ocurre exclusivamente durante episodios psicóticos, delirio, intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no forma parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotípicos con autolesiones, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello] , excoriación [trastorno por rascado de la piel]).

Nota: Códigos ICD-10-CM para indicar si la autolesión no suicida es parte de la presentación clínica actual (**R45.88**) y/o si ha habido antecedentes de lesiones no suicidas.

924

autolesiones (**Z91.52**) están disponibles para uso clínico para acompañar cualquier diagnóstico del DSM-5; además, los códigos se pueden registrar en ausencia de un diagnóstico DSM-5. La definición de estos códigos se incluye en la Sección II, “Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica” (ver “Lesiones autoinfligidas no suicidas”).

Características

diagnósticas La característica esencial del trastorno de autolesión no suicida es que el individuo se infinge repetidamente lesiones leves a moderadas, a menudo dolorosas, en la superficie de su cuerpo sin intención suicida. Por lo general, el propósito es reducir las emociones negativas, como la tensión, la ansiedad, la tristeza o el autorreproche, o con menor frecuencia resolver una dificultad interpersonal. En algunos casos, la lesión se concibe como un merecido autocastigo. El individuo a menudo informará una sensación inmediata de alivio que se produce durante el proceso. Cuando el comportamiento ocurre con frecuencia, puede estar asociado con una sensación de urgencia y deseo, y el patrón de comportamiento resultante se asemeja a una adicción. Las heridas infligidas pueden volverse más profundas y numerosas.

El corte es el método más común de lesión y se infinge con mayor frecuencia con un cuchillo, una aguja, una navaja u otro objeto afilado. Las áreas comunes de lesión incluyen el lado dorsal del antebrazo y el área frontal de los muslos. Una sola sesión de lesión puede implicar una serie de cortes paralelos superficiales, separados por 1 o 2 centímetros, en un lugar visible o accesible. Los cortes resultantes a menudo sangrarán y a menudo dejarán un patrón característico de cicatrices

Otros métodos relativamente comunes utilizados incluyen rascarse o quemarse la piel superficialmente, así como autogolpearse o golpearse, morderse e interferir con la cicatrización de heridas. Muchos usarán diferentes métodos con el tiempo, y el uso de múltiples métodos se asocia con una psicopatología más grave, incluida la participación en intentos de suicidio.

Muchos, y posiblemente la mayoría, de los que se involucran en autolesiones no suicidas no buscan atención clínica. Esta tendencia puede reflejar una reticencia a revelar las autolesiones debido a la preocupación por el estigma. Además, muchas personas que se involucran en estos comportamientos los experimentan positivamente debido a la eficacia de las autolesiones no suicidas para regular las emociones negativas, lo que reduce o elimina la motivación para el tratamiento. Los niños y adolescentes pueden experimentar estos comportamientos pero no sentir alivio. En tales casos, los jóvenes a menudo informan que el procedimiento es doloroso o angustioso y luego pueden interrumpir la práctica.

Funciones asociadas

El trastorno de autolesión no suicida parece mantenerse predominantemente por el refuerzo negativo, en el que se informa que el comportamiento reduce rápidamente la emoción negativa y la excitación emocional aversiva. Algunos de los que se involucran en el comportamiento también informan que las autolesiones no suicidas pueden reducir rápidamente las experiencias disociativas no deseadas e incluso la ideación suicida, así como servir como una forma de hacer frente a los síntomas relacionados con el trauma, como la ira y/o el asco autodirigidos. Sin embargo, otras formas de refuerzo social y emocional también pueden sustentar el comportamiento, como el deseo de provocar reacciones en los demás o generar sentimientos positivos.

Predominio

En un metanálisis internacional, se encontró que la prevalencia del trastorno de autolesiones no suicidas en general era modestamente más alta en niñas/mujeres que en niños/hombres. Esto contrasta con el comportamiento suicida, en el que la proporción de género de niñas/mujeres a niños/hombres es mucho mayor. La diferencia de género para el trastorno de autolesión no suicida es más pronunciada en las muestras clínicas. En todos los contextos culturales, la proporción de género de las autolesiones no suicidas puede variar, siendo más prevalente entre niñas/mujeres en algunos contextos (p. ej., entre estudiantes de secundaria en áreas rurales de China) y entre niños/hombres en otros (p. ej., entre jóvenes). siglos

925

11–19 en Jordania). El trastorno de autolesiones no suicidas es sustancialmente más común entre las minorías sexuales, especialmente aquellas que se identifican como bisexuales.

Desarrollo y curso

El trastorno de autolesión no suicida suele comenzar entre los primeros y mediados de la adolescencia y puede continuar durante muchos años; las edades de inicio más tempranas se asocian con manifestaciones más graves. El trastorno de autolesión no suicida puede alcanzar su punto máximo en la adolescencia tardía y principios de los 20 y luego declinar en la edad adulta. Se necesita investigación prospectiva adicional para delinear la historia natural del trastorno de autolesión no suicida y los factores que promueven o inhiben su curso. Los individuos a menudo se enteran del comportamiento en el

recomendación u observación de otro, a través de medios de comunicación y redes sociales. Las personas expuestas a otras personas que se autolesionan, incluso en entornos hospitalarios, escolares, correccionales y comunitarios, tienen más probabilidades de iniciar la autolesión, potencialmente a través de modelos sociales o mecanismos de aprendizaje social.

Problemas de diagnóstico relacionados con la

cultura El trastorno de autolesión no suicida no debe diagnosticarse si el comportamiento está motivado por una práctica cultural ampliamente aceptada. Esto es cierto incluso si la práctica solo la lleva a cabo una minoría de la población (p. ej., participar en la autoflagelación como actividad colectiva durante las festividades religiosas). Las autolesiones no suicidas pueden ser una forma de expresar la pertenencia a un grupo en lugar de la angustia individual o la regulación emocional, como lo sugiere la investigación con grupos de jóvenes "alternativos" (es decir, góticos, emo y punk) en Alemania, y el trastorno de autolesiones no suicidas debería tampoco ser diagnosticado en tales casos.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Debido

a que las personas con autolesiones no suicidas pueden intentar suicidarse y lo hacen, es importante evaluar el riesgo de suicidio de estas personas y obtener información de un tercero sobre cualquier cambio reciente en la exposición al estrés y el estado de ánimo. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con un historial de autolesiones no suicidas, con la aparición de autolesiones no suicidas que generalmente preceden a los intentos de suicidio en aproximadamente 1 a 2 años, como lo demuestra la investigación en entornos clínicos y comunitarios en tres países de ingresos altos. . El uso de múltiples métodos previos de autolesiones no suicidas, altas frecuencias de actos autolesivos, una edad de inicio más joven y el uso de autolesiones no suicidas para obtener alivio de la angustia interna o para el autocastigo son fuertes predictores tanto de la ideación suicida como del suicidio. intentos

Consecuencias funcionales de las autolesiones no suicidas

Trastorno

El acto de cortar puede realizarse con implementos compartidos, lo que aumenta la posibilidad de transmisión de enfermedades por vía sanguínea. También pueden producirse quemaduras graves, infecciones por el cuidado deficiente de las lesiones y cicatrices permanentes, lo que afecta negativamente a la persona.

Diagnóstico diferencial

Trastorno límite de la personalidad. Muchos han considerado que las autolesiones no suicidas son patognomónicas del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, aunque el trastorno de autolesión no suicida a menudo es comórbido con el trastorno límite de la personalidad, muchas personas con trastorno de autolesión no suicida no tienen un patrón de personalidad que cumpla con los criterios para el trastorno límite de la personalidad. El trastorno de autolesión no suicida no solo ocurre sin el trastorno límite de la personalidad, sino que con frecuencia coexiste con muchos otros trastornos, incluidos los trastornos depresivos, los trastornos de la alimentación y los trastornos por sustancias.

926

Comportamiento suicida. La diferenciación entre el trastorno de autolesiones no suicidas y la conducta suicida se basa en el objetivo declarado de la conducta, ya sea como un deseo de morir (comportamiento suicida) o de experimentar alivio (como se describe en los criterios para el trastorno de autolesiones no suicidas). En contraste con el comportamiento suicida, los episodios de autolesiones no suicidas son, a corto plazo, típicamente benignos en individuos con antecedentes de episodios frecuentes. Además, algunas personas informan que usan sus autolesiones no suicidas para evitar intentar suicidarse.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo). La tricotilomanía se define como un comportamiento auto agresivo limitado a arrancarse el cabello, más comúnmente del cuero cabelludo, las cejas o las pestañas. El comportamiento ocurre en "sesiones" que pueden durar horas. Es más probable que ocurra durante un período de relajación o distracción. Si la conducta autolesiva se limita a arrancarse el pelo, debe diagnosticarse tricotilomanía en lugar de trastorno autolesivo no suicida.

Trastorno de movimientos estereotipados. El trastorno de movimientos estereotípicos implica un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsado y aparentemente sin propósito.

(p. ej., sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse a sí mismo, golpearse a sí mismo) que a veces puede provocar autolesiones y a menudo se asocia con una afección médica o genética conocida, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental (p. ej. , síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno del desarrollo intelectual, exposición intrauterina al alcohol). Si la conducta autolesiva cumple los criterios de trastorno de movimientos estereotípicos, debe diagnosticarse en lugar de trastorno de autolesiones no suicidas.

Trastorno de excoriación (pellizcar la piel)El trastorno de excoriación generalmente se dirige a pellizcar un área de la piel que el individuo siente que es antiestética o que tiene una imperfección, generalmente en la cara o el cuero cabelludo. Si la conducta autolesiva se limita a rascarse la piel, debe diagnosticarse un trastorno de excoriación en lugar de un trastorno de autolesiones no suicidas.

927

APÉNDICE

[Listado alfabético de diagnósticos DSM-5-TR y códigos ICD-10-CM](#)

[Listado numérico de diagnósticos DSM-5-TR y códigos ICD-10-CM](#)

[Asesores y otros colaboradores del DSM-5](#)

928

929

Listado alfabético del DSM-5- TR Diagnósticos y CIE-10-CM Códigos

Para conocer la codificación periódica del DSM-5-TR y otras actualizaciones, consulte www.dsm5.org.

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
Z60.3	Dificultad de aculturación
F43.0	Trastorno de estrés agudo
	Trastornos de adaptación
F43.22	con ansiedad
F43.21	Con estado de ánimo deprimido
F43.24	Con alteración de la conducta
F43.23	Con ansiedad mixta y estado de ánimo depresivo.
F43.25	Con alteración mixta de las emociones y la conducta.
F43.20	sin especificar
Z72.811	Comportamiento antisocial adulto
F98.5	Trastorno de la fluidez de inicio en la edad adulta
	Abuso físico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Confirmado
T74.11XA	encuentro inicial
T74.11XD	Encuentro posterior
	Abuso físico de un adulto por parte de alguien que no es el cónyuge o la pareja, se sospecha
T76.11XA	encuentro inicial
T76.11XD	Encuentro posterior
	Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Confirmado
T74.31XA	encuentro inicial
T74.31XD	Encuentro posterior
	Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Sospecha
T76.31XA	encuentro inicial
T76.31XD	Encuentro posterior

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
	Abuso sexual de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Confirmado
T74.21XA	encuentro inicial
T74.21XD	Encuentro posterior
	Abuso sexual de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, sospechado
T76.21XA	encuentro inicial
T76.21XD	Encuentro posterior
R41.81	Deterioro cognitivo relacionado con la edad
F40.00	Agorafobia
	930
	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol
F10.180	Con trastorno por consumo leve
F10.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.980	Sin trastorno por uso
	Trastorno bipolar y relacionado inducido por el alcohol
F10.14	Con trastorno por consumo leve
F10.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno depresivo inducido por el alcohol
F10.14	Con trastorno por consumo leve
F10.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, tipo amnésico-confabulatorio
F10.26	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.96	Sin trastorno por uso
	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, no amnésico-confabulatorio escribe
F10.27	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.97	Sin trastorno por uso
	Trastorno neurocognitivo leve inducido por el alcohol
F10.188	Con trastorno por consumo leve
F10.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.988	Sin trastorno por uso
	Trastorno psicótico inducido por el alcohol

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
F10.159	Con trastorno por consumo leve
F10.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.959	Sin trastorno por uso
	Disfunción sexual inducida por el alcohol
F10.181	Con trastorno por consumo leve
F10.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.981	Sin trastorno por uso
	Trastorno del sueño inducido por el alcohol
F10.182	Con trastorno por consumo leve
F10.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.982	Sin trastorno por uso
	Intoxicación alcohólica
F10.120	Con trastorno por consumo leve
F10.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.920	Sin trastorno por uso
	Delirio por intoxicación alcohólica
F10.121	Con trastorno por consumo leve
F10.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.921	Sin trastorno por uso
	Trastorno por consumo de alcohol
931	
F10.10	Templado
F10.11	En remisión temprana
F10.11	En remisión sostenida
F10.20	Moderado
F10.21	En remisión temprana
F10.21	En remisión sostenida
F10.20	Severo
F10.21	En remisión temprana
F10.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de alcohol, con alteraciones de la percepción
F10.132	Con trastorno por consumo leve

F10.232	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.932	Sin trastorno por uso
	Abstinencia alcohólica, Sin alteraciones perceptivas
F10.130	Con trastorno por consumo leve
F10.230	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.930	Sin trastorno por uso
	Delirio por abstinencia de alcohol
F10.131	Con trastorno por consumo leve
F10.231	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.931	Sin trastorno por uso
F15.921	Delirio inducido por medicamentos de tipo anfetamínico (u otro estimulante) (medicamentos de tipo anfetamina u otros estimulantes tomados según lo prescrito)
	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
F15.180	Con trastorno por consumo leve
F15.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.980	Sin trastorno por uso
	Trastornos bipolares y relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante) trastorno
F15.14	Con trastorno por consumo leve
F15.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno depresivo inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
F15.14	Con trastorno por consumo leve
F15.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.94	Sin trastorno por uso
	Síntomas neurocognitivos leves inducidos por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante) trastorno
F15.188	Con trastorno por consumo leve
F15.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
15.988 F	Sin trastorno por uso

932

	Trastorno obsesivo compulsivo y relacionado inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
F15.188	Con trastorno por consumo leve
F15.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
15.988 F	Sin trastorno por uso

	Trastorno psicótico inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
F15.159	Con trastorno por consumo leve
F15.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.959	Sin trastorno por uso
	Disfunción sexual inducida por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
F15.181	Con trastorno por consumo leve
F15.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.981	Sin trastorno por uso
	Trastorno del sueño inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
F15.182	Con trastorno por consumo leve
F15.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.982	Sin trastorno por uso
	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico
	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, con alteraciones de la percepción
F15.122	Con trastorno por consumo leve
F15.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.922	Sin trastorno por uso
	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Sin alteraciones perceptivas
F15.120	Con trastorno por consumo leve
F15.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
15.920 F	Sin trastorno por uso
	Delirio por intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
F15.121	Con trastorno por consumo leve
F15.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.921	Sin trastorno por uso
	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico
F15.10	Templado
F15.11	En remisión temprana
F15.11	En remisión sostenida
F15.20	Moderado
F15.21	En remisión temprana
F15.21	En remisión sostenida
F15.20	Severo
F15.21	En remisión temprana
F15.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de sustancias de tipo anfetamínico
F15.13	Con trastorno por consumo leve

- F15.23 Con trastorno por consumo moderado o grave
- F15.93 Sin trastorno por uso

933

- Anorexia nerviosa
- F50.02 Tipo atracones/purgas
- F50.01 Tipo de restricción
- Síndrome de discontinuación de antidepresivos
- T43.205A Encuentro inicial
- T43.205S Secuelas
- T43.205D Encuentro posterior
- G21.11 Parkinsonismo inducido por medicamentos antipsicóticos y otros bloqueadores de los receptores de dopamina
- F60.2 Desorden de personalidad antisocial
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica
- Desorden hiperactivo y déficit de atención
- F90.2 Presentación combinada
- F90.1 Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva
- F90.0 Presentación predominantemente desatenta
- F84.0 Desorden del espectro autista
- F60.6 Desorden de personalidad evasiva
- F50.82 Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- F50.81 Trastorno por atracón
- Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente
- F31.76 En remisión completa
- F31.75 En remisión parcial
- F31.31 Templado
- F31.32 Moderado
- F31.4 Severo
- F31.5 Con rasgos psicóticos
- F31.9 sin especificar
- F31.0 Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente
- F31.72 En remisión completa
- F31.71 En remisión parcial
- F31.9 sin especificar
- Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente

F31.74	En remisión completa
F31.73	En remisión parcial
F31.11	Templado
F31.12	Moderado
F31.13	Severo
F31.2	Con rasgos psicóticos
F31.9	sin especificar
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio actual o más reciente no especificado
F31.81	Trastorno bipolar II
	Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica
F06.33	Con características maníacas
F06.33	Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco
F06.34	Con rasgos mixtos

934

F45.22	Desorden dismórfico del cuerpo
\$41.83	Funcionamiento intelectual límite
F60.3	Trastorno límite de la personalidad
F23	Trastorno psicótico breve
F50.2	Bulimia nerviosa
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, Sin trastorno por consumo
F15.982	Trastorno del sueño inducido por cafeína, Sin trastorno por consumo
15.920 F	intoxicación por cafeína
F15.93	Abstinencia de cafeína
	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis
F12.180	Con trastorno por consumo leve
F12.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
12.980 F	Sin trastorno por uso
	Trastorno psicótico inducido por cannabis
F12.159	Con trastorno por consumo leve
F12.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.959	Sin trastorno por uso
	Trastorno del sueño inducido por cannabis
F12.188	Con trastorno por consumo leve
F12.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.988	Sin trastorno por uso

	Intoxicación por cannabis, Con alteraciones perceptivas
F12.122	Con trastorno por consumo leve
F12.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.922	Sin trastorno por uso
	Intoxicación por cannabis, Sin alteraciones perceptivas
F12.120	Con trastorno por consumo leve
F12.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.920	Sin trastorno por uso
	Delirio de intoxicación por cannabis
F12.121	Con trastorno por consumo leve
F12.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.921	Sin trastorno por uso
F12.921	Delirio inducido por agonistas del receptor de cannabis, farmacéutico (medicamento tomado según lo prescrito)
	Trastorno por consumo de cannabis
F12.10	Templado
F12.11	En remisión temprana
F12.11	En remisión sostenida
F12.20	Moderado
F12.21	En remisión temprana
F12.21	En remisión sostenida
F12.20	Severo
F12.21	En remisión temprana
F12.21	En remisión sostenida

935

	abstinencia de cannabis
F12.13	Con trastorno por consumo leve
F12.23	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.93	Sin trastorno por uso
F06.1	Catatonía asociada con otro trastorno mental (especificador de catatonía)
F06.1	Trastorno catatónico debido a otra afección médica
	Apnea central del sueño
G47.37	Apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides
R06.3	Respiración de Cheyne-Stokes
G47.31	Apnea central del sueño idiopática

Z56.1	cambio de trabajo
Z72.810	Comportamiento antisocial del niño o adolescente
Z62.898	Niño afectado por problemas en la relación parental
F80.81	Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)
	Negligencia infantil, Confirmado
T74.02XA	encuentro inicial
T74.02XD	Encuentro posterior
	Negligencia infantil, sospecha
T76.02XA	encuentro inicial
T76.02XD	Encuentro posterior
	Abuso físico infantil, Confirmado
T74.12XA	encuentro inicial
T74.12XD	Encuentro posterior
	Abuso físico infantil, sospecha
T76.12XA	encuentro inicial
T76.12XD	Encuentro posterior
	Abuso psicológico infantil, Confirmado
T74.32XA	encuentro inicial
T74.32XD	Encuentro posterior
	Abuso psicológico infantil, Sospecha
T76.32XA	encuentro inicial
T76.32XD	Encuentro posterior
	Abuso sexual infantil, confirmado
T74.22XA	encuentro inicial
T74.22XD	Encuentro posterior
	Abuso sexual infantil, sospecha
T76.22XA	encuentro inicial
T76.22XD	Encuentro posterior
	Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia
G47.22	Tipo de fase de sueño avanzada
G47.21	Tipo de fase de sueño retrasada
G47.23	Tipo sueño-vigilia irregular
G47.24	Tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas
G47.26	Tipo de trabajo por turnos
G47.20	tipo no especificado

	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína
F14.180	Con trastorno por consumo leve
F14.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.980	Sin trastorno por uso
	Trastorno bipolar y relacionado inducido por cocaína
F14.14	Con trastorno por consumo leve
F14.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno depresivo inducido por cocaína
F14.14	Con trastorno por consumo leve
F14.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína
F14.188	Con trastorno por consumo leve
F14.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.988	Sin trastorno por uso
	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por cocaína
F14.188	Con trastorno por consumo leve
F14.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.988	Sin trastorno por uso
	Trastorno psicótico inducido por cocaína
F14.159	Con trastorno por consumo leve
F14.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.959	Sin trastorno por uso
	Disfunción sexual inducida por cocaína
F14.181	Con trastorno por consumo leve
F14.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.981	Sin trastorno por uso
	Trastorno del sueño inducido por cocaína
F14.182	Con trastorno por consumo leve
F14.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.982	Sin trastorno por uso
	Intoxicación por cocaína, con alteraciones de la percepción
F14.122	Con trastorno por consumo leve
F14.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.922	Sin trastorno por uso
	Intoxicación por cocaína, Sin alteraciones perceptivas

F14.120	Con trastorno por consumo leve
F14.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.920	Sin trastorno por uso
	Delirio por intoxicación por cocaína
F14.121	Con trastorno por consumo leve

F14.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.921	Sin trastorno por uso

937

Trastorno por consumo de cocaína

F14.10	Templado
F14.11	En remisión temprana
F14.11	En remisión sostenida
F14.20	Moderado
F14.21	En remisión temprana
F14.21	En remisión sostenida
F14.20	Severo
F14.21	En remisión temprana
F14.21	En remisión sostenida
	abstinencia de cocaína
F14.13	Con trastorno por consumo leve
F14.23	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.93	Sin trastorno por uso
	Desorden de conducta
F91.2	Tipo de inicio en la adolescencia
F91.1	Tipo de inicio en la infancia
F91.9	Comienzo no especificado
	Trastorno de conversión (<i>ver</i> Trastorno de síntomas neurológicos funcionales)
Z65.0	Condena en proceso civil o penal sin pena de prisión
\$45.88	Autolesiones no suicidas actuales
	Comportamiento suicida actual
T14.91A	encuentro inicial
T14.91D	Encuentro posterior
F34.0	Trastorno ciclotímico
F52.32	eyaculación retardada

Delirio

F05	Delirio debido a otra condición médica
F05	Delirio por múltiples etiologías
	Delirio inducido por medicamentos (para códigos ICD-10-CM, consulte sustancias)
	Delirio de intoxicación por sustancias (ver sustancias específicas para los códigos)
	Delirio por abstinencia de sustancias (ver sustancias específicas para los códigos)
F22	Desorden delirante
F60.7	trastorno de personalidad dependiente
F48.1	Trastorno de despersonalización/desrealización
	Trastorno depresivo debido a otra condición médica
F06.31	Con rasgos depresivos
F06.32	Con episodio de tipo depresivo mayor
F06.34	Con rasgos mixtos
F82	Trastorno de desarrollo de la coordinación
Z71.3	Asesoramiento dietético
Z56.4	Discordia con jefe y compañeros de trabajo
Z59.2	Discordia con el vecino, inquilino o arrendador
Z64.4	Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el oficial de libertad condicional, el administrador de casos o el trabajador de servicios sociales

938

F94.2	Trastorno de compromiso social desinhibido
Z63.5	Ruptura de la familia por separación o divorcio
F34.81	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
F44.0	Amnesia disociativa
F44.1	Amnesia disociativa, con fuga disociativa
F44.81	Trastorno de identidad disociativo
Z55.4	Inadaptación educativa y discordia con profesores y compañeros
F98.1	encopresis
F98.0	Enuresis
F52.21	Trastorno eréctil
F42.4	Trastorno de excoriación (pellizcado de la piel)
F65.2	Trastorno exhibicionista
Z65.5	Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades
Z59.5	Pobreza extrema

F68.A	Trastorno facticio impuesto a otro
F68.10	Trastorno facticio impuesto a uno mismo
Z55.2	examen escolar reprobado
F52.31	Trastorno orgásmico femenino
F52.22	Trastorno de interés/excitación sexual femenina
F65.0	Trastorno fetichista
F59.41	inseguridad alimentaria
F65.81	Trastorno froteurístico
	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)
F44.4	Con movimiento anormal
F44.6	Con anestesia o pérdida sensorial
F44.5	Con ataques o convulsiones
F44.7	Con síntomas mixtos
F44.6	Con síntoma sensorial especial
F44.4	Con síntoma de habla
F44.4	Con síntomas de deglución
F44.4	Con debilidad/parálisis
F63.0	trastorno del juego
F64.0	Disforia de género en adolescentes y adultos
F64.2	Disforia de género en niños
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
Z31.5	Asesoramiento genético
F52.6	Dolor genito-pélvico/trastorno de penetración
F88	Retraso global del desarrollo
F16,983	Trastorno de percepción persistente por alucinógenos
	<i>Para trastornos adicionales relacionados con sustancias relacionadas con alucinógenos y trastornos mentales inducidos por alucinógenos, consulte las entradas para Otros alucinógenos y fenciclidina</i>
Z63.8	Alto nivel de emoción expresada dentro de la familia.
Z91.52	Historial de autolesiones no suicidas
Z91.51	Historial de conducta suicida
F60.4	Trastorno de personalidad histriónica

F42.3	Trastorno de acumulación
Z59.01	Sin hogar, protegido
Z59.02	Personas sin hogar, sin refugio

F51.11	Trastorno de hipersomnolencia
Z55.0	Analfabetismo y bajo nivel de alfabetización
F45.21	Trastorno de ansiedad por enfermedad
Z65.1	Prisión u otro encarcelamiento
Z59.1	Vivienda inadecuada
	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes
F18.180	Con trastorno por consumo leve
F18.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.980	Sin trastorno por uso
	Trastorno depresivo inducido por inhalantes
F18.14	Con trastorno por consumo leve
F18.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes
F18.17	Con trastorno por consumo leve
F18.27	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.97	Sin trastorno por uso
	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes
F18.188	Con trastorno por consumo leve
F18.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.988	Sin trastorno por uso
	Trastorno psicótico inducido por inhalantes
F18.159	Con trastorno por consumo leve
F18.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.959	Sin trastorno por uso
	intoxicación por inhalantes
F18.120	Con trastorno por consumo leve
F18.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.920	Sin trastorno por uso
	Delirio de intoxicación por inhalantes
F18.121	Con trastorno por consumo leve
F18.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.921	Sin trastorno por uso
	Trastorno por uso de inhalantes
F18.10	Templado
F18.11	En remisión temprana
F18.11	En remisión sostenida

F18.20	Moderado
F18.21	En remisión temprana
F18.21	En remisión sostenida
F18.20	Severo
F18.21	En remisión temprana
F18.21	En remisión sostenida

940

F51.01	Trastorno de insomnio
Z59.7	Seguro social o de salud o asistencia social insuficientes
	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual)
F70	Templado
F71	Moderado
F72	Severo
F73	Profundo
F63.81	Trastorno explosivo intermitente
F16.921	Delirio inducido por ketamina u otro alucinógeno (ketamina u otro medicamento alucinógeno tomado según lo prescrito o por razones médicas)
F63.2	Cleptomanía
Z58.6	Falta de agua potable segura
F80.2	trastorno del lenguaje
Z59.6	De bajos ingresos
	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente
F33.42	En remisión completa
F33.41	En remisión parcial
F33.0	Templado
F33.1	Moderado
F33.2	Severo
F33.3	Con rasgos psicóticos
F33.9	sin especificar
	Trastorno depresivo mayor, episodio único
F32.5	En remisión completa
F32.4	En remisión parcial
F32.0	Templado
F32.1	Moderado
F32.2	Severo

F32.3	Con rasgos psicóticos
F32.9	sin especificar
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH (codificar primero B20 VIH infección)
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington (codificar primero G10 Enfermedad de Huntington)
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento

941

	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una posible enfermedad de Alzheimer (codifique primero G30.9 enfermedad de Alzheimer)
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer (codifique primero G30.9 enfermedad de Alzheimer)
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una posible degeneración frontotemporal (codificar primero G31.09 degeneración frontotemporal)
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable degeneración frontotemporal (codificar primero G31.09 degeneración frontotemporal)
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor con posibles cuerpos de Lewy (codificar primero G31.83 enfermedad de cuerpos de Lewy)
	Trastorno neurocognitivo mayor con probables cuerpos de Lewy (codifique primero G31.83 enfermedad de cuerpos de Lewy)
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson (codifique primero G20 enfermedad de Parkinson)

	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson (<i>codifique primero</i>) G20 enfermedad de Parkinson)
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a enfermedad vascular
	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a enfermedad vascular
F01.51	Con alteración del comportamiento
F01.50	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica (<i>codifique primero</i> A81.9 enfermedad)
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática (<i>codifique primero</i> S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela)
F02.81	Con alteración del comportamiento
F02.80	Sin alteración del comportamiento

F52.0	Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino
Z76.5	Proceso de enfermedad
G25.71	Acatisia aguda inducida por medicamentos
G24.02	Distorción aguda inducida por medicamentos
	Delirio inducido por medicamentos (<i>para códigos ICD-10-CM, ver sustancias específicas</i>)
G25.1	Tremor postural inducido por medicamentos
G31.84	Trastorno neurocognitivo frontotemporal leve
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer

942

G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la infección por VIH
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a múltiples etiologías
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad priónica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo craneoencefálico
G31.84	Trastorno neurocognitivo vascular leve

F60.81	trastorno de personalidad narcisista
	narcolepsia
G47.411	Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina (tipo 1)
G47.421	Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina debido a un médico condición
G47.419	Narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida (tipo 2)
G47.429	Narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina por una condición médica
G21.0	Síndrome neuroléptico maligno
F51.5	Trastorno de pesadilla
Z03.89	Sin diagnóstico o condición
Z91.19	Incumplimiento del tratamiento médico
	Trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos
F51.4	Tipo de terror del sueño
F51.3	tipo de sonambulismo
\$45.88	Autolesiones no suicidas, actual
Z91.52	Autolesiones no suicidas, antecedentes de
F42.2	Desorden obsesivo compulsivo
F60.5	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
F06.8	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica
G47.33	Apnea obstructiva del sueño hipopnea
	Trastorno de ansiedad inducido por opioides
F11.188	Con trastorno por consumo leve
F11.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.988	Sin trastorno por uso
F11.921	Delirio inducido por opioides (medicamentos opioides tomados según lo prescrito)
F11.988	Delirio inducido por opioides (durante la abstinencia de medicamentos opioides tomados como prescrito)
	Trastorno depresivo inducido por opioides
F11.14	Con trastorno por consumo leve
F11.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.94	Sin trastorno por uso

	Disfunción sexual inducida por opioides
F11.181	Con trastorno por consumo leve

F11.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.981	Sin trastorno por uso
	Trastorno del sueño inducido por opioides
F11.182	Con trastorno por consumo leve
F11.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.982	Sin trastorno por uso
	Intoxicación por opioides, con alteraciones de la percepción
F11.122	Con trastorno por consumo leve
F11.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.922	Sin trastorno por uso
	Intoxicación por opioides, Sin alteraciones perceptivas
F11.120	Con trastorno por consumo leve
F11.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.920	Sin trastorno por uso
	Delirio por intoxicación por opioides
F11.121	Con trastorno por consumo leve
F11.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.921	Sin trastorno por uso
	Trastorno por consumo de opioides
F11.10	Templado
F11.11	En remisión temprana
F11.11	En remisión sostenida
F11.20	Moderado
F11.21	En remisión temprana
F11.21	En remisión sostenida
F11.20	Severo
F11.21	En remisión temprana
F11.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de opioides
F11.13	Con trastorno por consumo leve
F11.23	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.93	Sin trastorno por uso
	Delirio por abstinencia de opioides
F11.188	Con trastorno por consumo leve
F11.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.988	Sin trastorno por uso
F91.3	Trastorno de oposición desafiantes

Otro efecto adverso de la medicación.

T50.905A	encuentro inicial
T50.905S	Secuelas
T50.905D	Encuentro posterior

944

Otras circunstancias relacionadas con el abuso de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja

Z69.82	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de violencia no conyugal o abuso de adultos que no son de la pareja
Z69.81	Contacto para servicios de salud mental para víctima de matrimonio sin cónyuge o sin pareja abuso de adultos

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil

Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de niño no parental descuido
Z69.011	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil por parte de los padres
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil por parte de los padres
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctimas de negligencia infantil no parental
Z62.812	Historia personal (historia pasada) de negligencia en la infancia

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato físico infantil

Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil no parental
Z69.011	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil por parte de los padres
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de maltrato físico infantil por parente
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctimas de un niño no parental físico abuso
Z62.810	Historia personal (historia pasada) de abuso físico en la niñez

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico infantil

Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico infantil no parental
Z69.011	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de maltrato psicológico infantil por parte de los padres
Z69.010	Encuentro para servicios de salud mental para víctimas de maltrato psicológico infantil por parente
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico infantil no parental
Z62.811	Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico en la infancia

Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil

Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de niño no parental abuso sexual
Z69.011	Visita para los servicios de salud mental para el perpetrador de abuso sexual de los padres abuso
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil por parente
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctimas de abuso sexual infantil no parental. abuso
Z62.810	Historia personal (historia pasada) de abuso sexual en la infancia
<i>Otras circunstancias relacionadas con el maltrato del cónyuge o pareja, Psicológico</i>	
Z69.12	Visita para servicios de salud mental para autor de maltrato psicológico del cónyuge o pareja
Z69.11	Consulta para servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico del cónyuge o pareja
Z91.411	Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico del cónyuge o pareja

945

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia del cónyuge o pareja

Z69.12	Visita para servicios de salud mental para agresor de cónyuge o pareja descuido
Z69.11	Visita para servicios de salud mental para víctima de negligencia del cónyuge o pareja
Z91.412	Historial personal (historial pasado) de negligencia del cónyuge o pareja

Otras circunstancias relacionadas con la violencia del cónyuge o pareja, Física

Z69.12	Consulta para servicios de salud mental para perpetrador de violencia conyugal o de pareja, Física
Z69.11	Consulta para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, Físico
Z91.410	Historia personal (historia pasada) de violencia del cónyuge o pareja, física

Otras circunstancias relacionadas con la violencia del cónyuge o pareja, Sexual

Z69.12	Consulta para servicios de salud mental para autor de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z69.81	Consulta para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z91.410	Antecedentes personales (antecedentes) de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z71.9	Otro asesoramiento o consulta
Z59.9	Otro problema económico
	Otro trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos
F16.180	Con trastorno por consumo leve
F16.280	Con trastorno por consumo moderado o grave

16.980 F	Sin trastorno por uso
	Otro trastorno bipolar y relacionado inducido por alucinógenos
F16.14	Con trastorno por consumo leve
F16.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.94	Sin trastorno por uso
F16.921	Otro delirio inducido por alucinógenos (otros medicamentos alucinógenos tomados según lo prescrito o por razones médicas)
	Otro trastorno depresivo inducido por alucinógenos
F16.14	Con trastorno por consumo leve
F16.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.94	Sin trastorno por uso
	Otro trastorno psicótico inducido por alucinógenos
F16.159	Con trastorno por consumo leve
F16.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.959	Sin trastorno por uso
	Otra intoxicación por alucinógenos
F16.120	Con trastorno por consumo leve
F16.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.920	Sin trastorno por uso
	Otro delirio de intoxicación por alucinógenos
F16.121	Con trastorno por consumo leve
F16.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.921	Sin trastorno por uso

946

	Otro trastorno por consumo de alucinógenos
F16.10	Templado
F16.11	En remisión temprana
F16.11	En remisión sostenida
F16.20	Moderado
F16.21	En remisión temprana
F16.21	En remisión sostenida
F16.20	Severo
F16.21	En remisión temprana
F16.21	En remisión sostenida
Z59.9	Otro problema de vivienda

G25.79	Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos
G21.19	Otro parkinsonismo inducido por medicamentos
Z91.49	Otros antecedentes personales de trauma psicológico
Z91.89	Otros factores de riesgo personales
Z56.6	Otras tensiones físicas y mentales relacionadas con el trabajo
Z56.9	Otro problema relacionado con el empleo
Z60.9	Otro problema relacionado con el entorno social.
Z55.9	Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización
F41.8	Otro trastorno de ansiedad especificado
F90.8	Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado
F31.89	Otro trastorno bipolar y relacionado especificado
R41.0	Otro delirio especificado
F32.89	Otro trastorno depresivo especificado
F91.8	Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado
F44.89	Otro trastorno disociativo especificado
	Otro trastorno de eliminación especificado
R15.9	Con síntomas fecales
N39,498	Con síntomas urinarios
F50.89	Otro trastorno alimentario o alimentario especificado
F64.8	Otra disforia de género especificada
G47.19	Otro trastorno de hipersomnolencia especificado
G47.09	Otro trastorno de insomnio especificado
F99	Otro trastorno mental especificado
F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica
F88	Otro trastorno especificado del neurodesarrollo
F42.8	Otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y relacionado
F65.89	Otro trastorno parafílico especificado
F60.89	Otro trastorno de personalidad especificado
F28	Otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
F52.8	Otra disfunción sexual especificada
G47.8	Otro trastorno del sueño-vigilia especificado
F45.8	Otro síntoma somático especificado y trastorno relacionado
F95.8	Otro trastorno de tics especificado
F43.8	Otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés

Intoxicación por otros estimulantes, con alteraciones de la percepción

- | | |
|---------|--|
| F15.122 | Con trastorno por consumo leve |
| F15.222 | Con trastorno por consumo moderado o grave |
| F15.922 | Sin trastorno por uso |
-

Intoxicación por otros estimulantes, Sin alteraciones perceptivas

- | | |
|----------|--|
| F15.120 | Con trastorno por consumo leve |
| F15.220 | Con trastorno por consumo moderado o grave |
| 15.920 F | Sin trastorno por uso |

Ver también Otro trastorno por consumo de estimulantes o el no especificado

Abstinencia de otros estimulantes

- | | |
|--------|--|
| F15.13 | Con trastorno por consumo leve |
| F15.23 | Con trastorno por consumo moderado o grave |
| F15.93 | Sin trastorno por uso |

F19.921 Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos) (otros medicamentos [o desconocidos] tomados según lo prescrito)

F19.931 Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos) (durante la abstinencia de otros medicamentos [o desconocidos] tomados según lo prescrito)

Trastorno de ansiedad inducido por otra sustancia (o desconocida)

- | | |
|---------|--|
| F19.180 | Con trastorno por consumo leve |
| F19.280 | Con trastorno por consumo moderado o grave |
| F19.980 | Sin trastorno por uso |

Trastorno bipolar y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida)

- | | |
|--------|--|
| F19.14 | Con trastorno por consumo leve |
| F19.24 | Con trastorno por consumo moderado o grave |
| F19.94 | Sin trastorno por uso |

Trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o desconocida)

- | | |
|--------|--|
| F19.14 | Con trastorno por consumo leve |
| F19.24 | Con trastorno por consumo moderado o grave |
| F19.94 | Sin trastorno por uso |

Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otra sustancia (o desconocida)

- | | |
|--------|--|
| F19.17 | Con trastorno por consumo leve |
| F19.27 | Con trastorno por consumo moderado o grave |
| F19.97 | Sin trastorno por uso |

Trastorno neurocognitivo leve inducido por otra sustancia (o desconocida)

- | | |
|---------|--|
| F19.188 | Con trastorno por consumo leve |
| F19.288 | Con trastorno por consumo moderado o grave |
| F19.988 | Sin trastorno por uso |

Otros (o desconocidos) trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por sustancias
trastorno

- F19.188 Con trastorno por consumo leve
- F19.288 Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.988 Sin trastorno por uso

Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o desconocida)

- F19.159 Con trastorno por consumo leve
- F19.259 Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.959 Sin trastorno por uso

948

Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o desconocida)

- F19.181 Con trastorno por consumo leve
- F19.281 Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.981 Sin trastorno por uso

Trastorno del sueño inducido por otra sustancia (o desconocida)

- F19.182 Con trastorno por consumo leve
- F19.282 Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.982 Sin trastorno por uso

Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), con alteraciones de la percepción

- F19.122 Con trastorno por consumo leve
- F19.222 Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.922 Sin trastorno por uso

Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones perceptivas

- F19.120 Con trastorno por consumo leve
- F19.220 Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.920 Sin trastorno por uso

Delirio por intoxicación por otra sustancia (o desconocida)

- F19.121 Con trastorno por consumo leve
- F19.221 Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.921 Sin trastorno por uso

Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida)

- F19.10 Templado
- F19.11 En remisión temprana
- F19.11 En remisión sostenida
- F19.20 Moderado

F19.21	En remisión temprana
F19.21	En remisión sostenida
F19.20	Severo
F19.21	En remisión temprana
F19.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de otra sustancia (o desconocida), con alteraciones de la percepción
F19.132	Con trastorno por consumo leve
F19.232	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.932	Sin trastorno por uso
	Abstinencia de otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones de la percepción
F19.130	Con trastorno por consumo leve
F19.230	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.930	Sin trastorno por uso
	Delirio por abstinencia de otra sustancia (o desconocida)
F19.131	Con trastorno por consumo leve
F19.231	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.931	Sin trastorno por uso

949

Otro trastorno por uso de estimulantes o no especificado

F15.10	Templado
F15.11	En remisión temprana
F15.11	En remisión sostenida
F15.20	Moderado
F15.21	En remisión temprana
F15.21	En remisión sostenida
F15.20	Severo
F15.21	En remisión temprana
F15.21	En remisión sostenida
E66.9	Sobrepeso u obesidad
sin código	Especificador de ataque de pánico
F41.0	Trastorno de pánico
F60.0	Trastorno de personalidad paranoica
	Problema relacional padre-hijo
Z62.821	Padre-hijo adoptado
Z62.820	Padre-hijo biológico

Z62.822	Padre-hijo adoptivo
Z62.898	Otro cuidador-niño
F65.4	Trastorno pedófilo
F95.1	Trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales
F34.1	Trastorno depresivo persistente
Z91.82	Historia personal de despliegue militar
Z91.49	Antecedentes personales de trauma psicológico
F07.0	Cambio de personalidad debido a otra condición médica
F12.921	Delirio inducido por agonistas del receptor de cannabis farmacéutico (fármaco medicamento agonista del receptor de cannabis tomado según lo prescrito)
Z60.0	Problema de la fase de la vida
	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
F16.180	Con trastorno por consumo leve
F16.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
16.980 F	Sin trastorno por uso
	Trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidina
F16.14	Con trastorno por consumo leve
F16.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina
F16.14	Con trastorno por consumo leve
F16.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina
F16.159	Con trastorno por consumo leve
F16.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.959	Sin trastorno por uso

950

	intoxicación por fenciclidina
F16.120	Con trastorno por consumo leve
F16.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.920	Sin trastorno por uso
	Delirio de intoxicación por fenciclidina
F16.121	Con trastorno por consumo leve
F16.221	Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.921	Sin trastorno por uso
	Trastorno por consumo de fenciclidina
F16.10	Templado
F16.11	En remisión temprana
F16.11	En remisión sostenida
F16.20	Moderado
F16.21	En remisión temprana
F16.21	En remisión sostenida
F16.20	Severo
F16.21	En remisión temprana
F16.21	En remisión sostenida
	Pica
F50.89	En adultos
F98.3	En niños
F43.10	Trastorno de estrés postraumático
F52.4	Eyaculación precoz (temprana)
F32.81	Trastorno disfórico premenstrual
Z56.82	Problema relacionado con el estado actual del despliegue militar
Z72.9	Problema relacionado con el estilo de vida.
Z60.2	Problema relacionado con vivir solo
Z59.3	Problema relacionado con vivir en una institución residencial
Z55.8	Problemas relacionados con la enseñanza inadecuada
Z64.1	Problemas relacionados con la multiparidad
Z65.3	Problemas relacionados con otras circunstancias legales
Z65.2	Problemas relacionados con la salida de prisión
Z64.0	Problemas relacionados con el embarazo no deseado
F43.8	Trastorno de duelo prolongado
F95.0	Trastorno de tic provisional
F54	Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas.
	Trastorno psicótico debido a otra condición médica
F06.2	con delirios
F06.0	con alucinaciones
F63.1	Piromanía
G47.52	Trastorno del comportamiento del sueño por movimientos oculares rápidos
F94.1	Trastorno reactivo de la vinculación
Z63.0	Problemas de relación con el cónyuge o pareja íntima
Z65.8	Problema religioso o espiritual

G25.81	Síndrome de piernas inquietas
F98.21	Trastorno de rumiación
	Trastorno esquizoafectivo
F25.0	tipo bipolar
F25.1	tipo depresivo
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad
F20.9	Esquizofrenia
F20.81	Trastorno esquizofreniforme
F21	Trastorno esquizotípico de la personalidad
Z55.1	Escolarización no disponible e inalcanzable
	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.180	Con trastorno por consumo leve
F13.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.980	Sin trastorno por uso
	Trastorno bipolar y relacionado inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.14	Con trastorno por consumo leve
F13.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.94	Sin trastorno por uso
F13.921	Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (sedantes, hipnóticos o medicación ansiolítica tomada según prescripción)
F13.931	Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (durante la abstinencia de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos tomados según lo prescrito)
	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.14	Con trastorno por consumo leve
F13.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.94	Sin trastorno por uso
	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.27	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.97	Sin trastorno por uso
	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.188	Con trastorno por consumo leve
F13.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.988	Sin trastorno por uso
	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.159	Con trastorno por consumo leve
F13.259	Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.959	Sin trastorno por uso
Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	
F13.181	Con trastorno por consumo leve
F13.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.981	Sin trastorno por uso
Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	
F13.182	Con trastorno por consumo leve
F13.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.982	Sin trastorno por uso

952

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	
F13.120	Con trastorno por consumo leve
F13.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.920	Sin trastorno por uso
Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	
F13.121	Con trastorno por consumo leve
F13.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.921	Sin trastorno por uso
Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	
F13.10	Templado
F13.11	En remisión temprana
F13.11	En remisión sostenida
F13.20	Moderado
F13.21	En remisión temprana
F13.21	En remisión sostenida
F13.20	Severo
F13.21	En remisión temprana
F13.21	En remisión sostenida
Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción	
F13.132	Con trastorno por consumo leve
F13.232	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.932	Sin trastorno por uso
Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin alteraciones de la percepción	
F13.130	Con trastorno por consumo leve
F13.230	Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.930	Sin trastorno por uso
	Delirio de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.131	Con trastorno por consumo leve
F13.231	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.931	Sin trastorno por uso
F94.0	Mutismo selectivo
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación
Z70.9	Consejería sexual
Z56.81	Acoso sexual en el trabajo
F65.51	Trastorno de masoquismo sexual
F65.52	Trastorno de sadismo sexual
Z62.891	Problema relacional entre hermanos
	Hipoventilación relacionada con el sueño
G47.36	Hipoventilación relacionada con el sueño comórbida
G47.35	Hipoventilación alveolar central congénita
G47.34	Hipoventilación idiopática
F40.10	Desorden de ansiedad social
Z60.4	Exclusión social o rechazo
F80.82	Trastorno de la comunicación social (pragmática)

953

F45.1	Trastorno de síntomas somáticos
	Trastorno específico del aprendizaje
F81.2	Con deficiencia en matemáticas
F81.0	Con deterioro en la lectura
F81.81	Con deterioro en la expresión escrita
	Fobia específica
F40.218	Animal
	Sangre-inyección-lesión
F40.230	Miedo a la sangre
F40.231	Miedo a las inyecciones y transfusiones.
F40.233	Miedo a lastimarse
F40.232	Miedo a otros cuidados médicos
F40.228	Entorno natural
F40.298	Otro
F40.248	situacional

F80.0	Trastorno del sonido del habla
	Abuso del cónyuge o pareja, Psicológico, Confirmado
T74.31XA	encuentro inicial
T74.31XD	Encuentro posterior
	Abuso del cónyuge o pareja, Psicológico, Sospechoso
T76.31XA	encuentro inicial
T76.31XD	Encuentro posterior
	Negligencia del cónyuge o pareja, Confirmado
T74.01XA	encuentro inicial
T74.01XD	Encuentro posterior
	Negligencia del cónyuge o pareja, Sospecha
T76.01XA	encuentro inicial
T76.01XD	Encuentro posterior
	Violencia del cónyuge o pareja, Física, Confirmada
T74.11XA	encuentro inicial
T74.11XD	Encuentro posterior
	Violencia del cónyuge o pareja, Física, Sospecha
T76.11XA	encuentro inicial
T76.11XD	Encuentro posterior
	Violencia del cónyuge o pareja, Sexual, Confirmada
T74.21XA	encuentro inicial
T74.21XD	Encuentro posterior
	Violencia del cónyuge o pareja, Sexual, Sospecha
T76.21XA	encuentro inicial
T76.21XD	Encuentro posterior
F98.4	Trastorno de movimientos estereotipados
	Intoxicación por estimulantes (<i>ver sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otra o intoxicación por estimulantes no especificada para códigos específicos</i>)
	Trastorno por consumo de estimulantes (<i>ver sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otra o trastorno no especificado por consumo de estimulantes para códigos específicos</i>)

954

	Abstinencia de estimulantes (<i>ver sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otra o abstinencia de estimulantes no especificada para códigos específicos</i>)
Z56.3	horario de trabajo estresante
F80.81	Tartamudeo (trastorno de fluidez de inicio en la infancia)

Delirio de intoxicación por sustancias (*ver sustancias específicas para los códigos*)

Delirio por abstinencia de sustancias (*ver sustancias específicas para los códigos*)

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos (*ver sustancias específicas para los códigos*)

Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos (*consulte las sustancias específicas para conocer los códigos*)

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos (*ver sustancias específicas para los códigos*)

Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos (*consulte las sustancias específicas para conocer los códigos*)

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos (*ver sustancias específicas para los códigos*)

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos (*ver sustancias específicas para los códigos*)

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos (*ver sustancias específicas para los códigos*)

Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos (*consulte las sustancias específicas para conocer los códigos*)

Comportamiento suicida, actual

T14.91A encuentro inicial

T14.91D Encuentro posterior

Z91.51 Comportamiento suicida, antecedentes de

G25.71 Acatisia tardía

G24.01 discinesia tardía

G24.09 Distorción tardía

Z60.5 Objeto de discriminación o persecución adversa (percibida)

Z56.2 Amenaza de pérdida de empleo

Trastornos de tics

F95.8 Otro trastorno de tics especificado

F95.1 Trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales

F95.0 Trastorno de tic provisional

F95.2 trastorno de Tourette

F95.9 Trastorno de tic no especificado

F17.208 Trastorno del sueño inducido por el tabaco, con trastorno por consumo moderado o grave

Trastorno por consumo de tabaco

Z72.0 Templado

F17.200 Moderado

F17.201 En remisión temprana

F17.201 En remisión sostenida

F17.200	Severo
F17.201	En remisión temprana
F17.201	En remisión sostenida

955

F17.203	Abstinencia de tabaco
F95.2	trastorno de Tourette
F65.1	Trastorno travesti
F63.3	Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)
Z75.3	Indisponibilidad o inaccesibilidad de los establecimientos de salud
Z75.4	Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de otras agencias de ayuda.
Z63.4	duelo sin complicaciones
Z56.5	Ambiente de trabajo poco agradable
Z55.3	bajo rendimiento en la escuela
Z56.0	Desempleo
F10.99	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado
F41.9	especificado Trastorno de ansiedad no especificado
F90.9	especificado Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado
F31.9	especificado Trastorno bipolar no especificado y trastorno
F15.99	relacionado Trastorno no especificado relacionado con la cafeína
F12.99	Trastorno no especificado relacionado con el cannabis Catatonia
F06.1	no especificada (codifique primero R29.818 otros síntomas que y sistema musculoesquelético)
F80.9	Trastorno de comunicación no especificado
R41.0	delirio no especificado
F32.A	Trastorno depresivo no especificado
F91.9	Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado
F44.9	Trastorno dissociativo no especificado
	Trastorno de eliminación no especificado
R15.9	Con síntomas fecales
R32	Con síntomas urinarios
F50.9	Trastorno alimentario o de la alimentación no especificado
F64.9	Disforia de género no especificada
F16.99	Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos
G47.10	Trastorno de hipersomnolencia no especificado
F18.99	Trastorno no especificado relacionado con inhalantes

G47.00	Trastorno de insomnio no especificado
F79	Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (discapacidad intelectual)
F99	Trastorno mental no especificado
F09	Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica
F39	Trastorno del estado de ánimo no especificado
R41.9	Trastorno neurocognitivo no especificado
F89	Trastorno del neurodesarrollo no especificado
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado y relacionado
F11.99	Trastorno no especificado relacionado con opioides
F19.99	Trastorno relacionado con otra sustancia no especificada (o desconocida)
F65.9	Trastorno parafílico no especificado
F60.9	Trastorno de personalidad no especificado
F16.99	Trastorno no especificado relacionado con la fenciclidina

956

F29	Espectro esquizofrénico no especificado y otro trastorno psicótico
F13.99	Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F52.9	Disfunción sexual no especificada
G47.9	Trastorno del sueño-vigilia no especificado
F45.9	Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado
	Trastorno no especificado relacionado con estimulantes
F15.99	Trastorno no especificado relacionado con sustancias de tipo anfetamínico
F14.99	Trastorno no especificado relacionado con la cocaína
F15.99	Otro trastorno relacionado con estimulantes no especificado
F95.9	Trastorno de tic no especificado
F17.209	Trastorno no especificado relacionado con el tabaco
F43.9	Trastorno no especificado relacionado con el trauma y el estrés
Z62.29	Crianza lejos de los padres
Z65.4	Víctima del crimen
Z65.4	Víctima de terrorismo o tortura
F65.3	Trastorno voyeurista
Z91.83	Deambulación asociada a un trastorno mental

Listado numérico del DSM-5- TR Diagnósticos y CIE-10-CM Códigos

Para conocer la codificación periódica del DSM-5-TR y otras actualizaciones, consulte www.dsm5.org.

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
E66.9	Sobrepeso u obesidad
F01.50	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento
F01.50	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento
F01.51	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a enfermedad vascular, con comportamiento disturbio
F01.51	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a enfermedad vascular, con alteración del comportamiento
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH, Sin comportamiento trastorno (codificar primero B20 infección por VIH)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, Sin alteración del comportamiento (codificar primero G10 Enfermedad de Huntington)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor por múltiples etiologías, Sin comportamiento disturbio
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a posible enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento (codificar primero G30.9 enfermedad de Alzheimer)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a posible degeneración frontotemporal, sin alteración del comportamiento (codificar primero G31.09 degeneración frontotemporal)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor con posibles cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento (codificar primero G31.83 enfermedad con cuerpos de Lewy)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, Sin alteración del comportamiento (codificar primero G20 enfermedad de Parkinson)

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, sin alteración del comportamiento (codificar primero A81.9 enfermedad priónica)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento (codificar primero G30.9 enfermedad de Alzheimer)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable degeneración frontotemporal, sin alteración del comportamiento (codificar primero G31.09 degeneración frontotemporal)

958

F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy probables, sin alteración del comportamiento (codificar primero G31.83 enfermedad de cuerpos de Lewy)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, Sin alteración del comportamiento (codificar primero G20 enfermedad de Parkinson)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, sin alteración del comportamiento (codifique primero S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra condición médica, Con alteración del comportamiento
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH, con alteración del comportamiento (codificar primero B20 infección por VIH)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento (codificar primero G10 enfermedad de Huntington)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías, con comportamiento disturbio
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a posible enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento (codificar primero G30.9 enfermedad de Alzheimer)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor por posible degeneración frontotemporal, Con alteración del comportamiento (codificar primero G31.09 degeneración frontotemporal)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor con posibles cuerpos de Lewy, Con comportamiento trastorno (codificar primero G31.83 enfermedad de cuerpos de Lewy)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento (codificar primero G20 enfermedad de Parkinson)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, con alteración del comportamiento (codificar primero A81.9 enfermedad priónica)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento (codificar primero G30.9 enfermedad de Alzheimer)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor por probable degeneración frontotemporal, Con alteración del comportamiento (codificar primero G31.09 degeneración frontotemporal)

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor con probables cuerpos de Lewy, Con comportamiento trastorno (codificar primero G31.83 enfermedad de cuerpos de Lewy)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento (codificar primero G20 enfermedad de Parkinson)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento (codificar primero S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa con pérdida del conocimiento de duración no especificada, secuela)
F05	Delirio debido a otra condición médica
F05	Delirio por múltiples etiologías
F06.0	Trastorno psicótico debido a otra condición médica, con alucinaciones
F06.1	Catatonía asociada con otro trastorno mental (especificador de catatonía)
F06.1	Trastorno catatónico debido a otra afección médica
F06.1	Catatonía no especificada (codificar primero R29.818 otros síntomas que implican nerviosismo) y sistema musculoesquelético)
F06.2	Trastorno psicótico debido a otra condición médica, con delirios
F06.31	Trastorno depresivo debido a otra afección médica, con características depresivas
F06.32	Trastorno depresivo debido a otra condición médica, Con depresión mayor– como episodio

959

F06.33	Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, con manía características
F06.33	Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, con episodio maníaco o hipomaníaco
F06.34	Trastorno bipolar y relacionado debido a otra condición médica, Con mixto características
F06.34	Trastorno depresivo debido a otra afección médica, con características mixtas
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica
F06.8	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica
F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica
F07.0	Cambio de personalidad debido a otra condición médica
F09	Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica
F10.10	Trastorno por consumo de alcohol, leve
F10.11	Trastorno por consumo de alcohol, leve, en remisión temprana
F10.11	Trastorno por consumo de alcohol, leve, en remisión sostenida
F10.120	Intoxicación alcohólica, Con trastorno leve por consumo

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
F10.121	Delirio por intoxicación alcohólica, con trastorno leve por consumo
F10.130	Abstinencia alcohólica, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
F10.131	Delirio por abstinencia de alcohol, con trastorno leve por consumo
F10.132	Abstinencia de alcohol, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
F10.14	Trastorno bipolar y relacionado inducido por el alcohol, con trastorno leve por consumo
F10.14	Trastorno depresivo inducido por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.159	Trastorno psicótico inducido por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.180	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.181	Disfunción sexual inducida por alcohol, con trastorno leve por consumo
F10.182	Trastorno del sueño inducido por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.20	Trastorno por consumo de alcohol, Moderado
F10.20	Trastorno por consumo de alcohol, grave
F10.21	Trastorno por consumo de alcohol, Moderado, En remisión temprana
F10.21	Trastorno por consumo de alcohol, moderado, en remisión sostenida
F10.21	Trastorno por consumo de alcohol, grave, en remisión temprana
F10.21	Trastorno por consumo de alcohol, grave, en remisión sostenida
F10.220	Intoxicación alcohólica, Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.221	Delirio por intoxicación alcohólica, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.230	Abstinencia alcohólica, Sin alteraciones perceptivas, Con moderada o severa trastorno por uso
F10.231	Delirio por abstinencia de alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.232	Abstinencia alcohólica, Con alteraciones de la percepción, Con consumo moderado o severo trastorno
F10.24	Trastorno bipolar y relacionado inducido por el alcohol, Con consumo moderado o severo trastorno
F10.24	Trastorno depresivo inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.259	Trastorno psicótico inducido por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.26	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo amnésico-confabulatorio, Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, no amnésico-confabulatorio tipo, Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.280	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.281	Disfunción sexual inducida por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave

960

- F10.27 Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, no amnésico-confabulatorio tipo, Con trastorno por consumo moderado o grave
- F10.280 Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
- F10.281 Disfunción sexual inducida por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
F10.282	Trastorno del sueño inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por alcohol, Con uso moderado o severo trastorno
F10.920	Intoxicación alcohólica, Sin trastorno por consumo
F10.921	Delirio por intoxicación alcohólica, Sin trastorno por consumo
F10.930	Abstinencia alcohólica, Sin alteraciones perceptivas, Sin trastorno por consumo
F10.931	Delirio por abstinencia alcohólica, sin trastorno por consumo
F10.932	Abstinencia alcohólica, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F10.94	Trastorno bipolar y relacionado inducido por el alcohol, Sin trastorno por consumo
F10.94	Trastorno depresivo inducido por alcohol, Sin trastorno por consumo
F10,959	Trastorno psicótico inducido por alcohol, Sin trastorno por consumo
F10.96	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo amnésico-confabulatorio, Sin trastorno por uso
F10.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, no amnésico-confabulatorio tipo, Sin trastorno por uso
F10.980	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, Sin trastorno por consumo
F10.981	Disfunción sexual inducida por alcohol, Sin trastorno por consumo
F10.982	Trastorno del sueño inducido por el alcohol, Sin trastorno por consumo
F10.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por alcohol, Sin trastorno por consumo
F10.99	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado
F11.10	Trastorno por consumo de opioides, leve
F11.11	Trastorno por consumo de opioides, leve, en remisión temprana
F11.11	Trastorno por consumo de opioides, leve, en remisión sostenida
F11.120	Intoxicación por opioides, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
F11.121	Delirio por intoxicación por opioides, con trastorno leve por consumo

961

F11.122	Intoxicación por opioides, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
F11.13	Abstinencia de opiáceos, con trastorno leve por consumo
F11.14	Trastorno depresivo inducido por opioides, con trastorno por consumo leve
F11.181	Disfunción sexual inducida por opioides, con trastorno leve por consumo
F11.182	Trastorno del sueño inducido por opioides, con trastorno por consumo leve
F11.188	Trastorno de ansiedad inducido por opioides, con trastorno por consumo leve
F11.188	Delirio por abstinencia de opiáceos, con trastorno leve por consumo
F11.20	Trastorno por consumo de opioides, moderado

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
F11.20	Trastorno por consumo de opioides, grave
F11.21	Trastorno por consumo de opioides, moderado, en remisión temprana
F11.21	Trastorno por consumo de opioides, moderado, en remisión sostenida
F11.21	Trastorno por consumo de opioides, grave, en remisión temprana
F11.21	Trastorno por consumo de opioides, grave, en remisión sostenida
F11.220	Intoxicación por opioides, Sin alteraciones perceptivas, Con moderada o severa trastorno por uso
F11.221	Delirio por intoxicación por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.222	Intoxicación por opioides, Con alteraciones de la percepción, Con uso moderado o severo trastorno
F11.23	Abstinencia de opiáceos, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.24	Trastorno depresivo inducido por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.281	Disfunción sexual inducida por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.282	Trastorno del sueño inducido por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.288	Trastorno de ansiedad inducido por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.288	Delirio por abstinencia de opiáceos, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.920	Intoxicación por opioides, Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F11.921	Delirio inducido por opioides (medicamentos opioides tomados según lo prescrito)
F11.921	Delirio por intoxicación por opioides, sin trastorno por consumo
F11.922	Intoxicación por opioides, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F11.93	Abstinencia de opiáceos, Sin trastorno por consumo
F11.94	Trastorno depresivo inducido por opioides, Sin trastorno por consumo
F11.981	Disfunción sexual inducida por opioides, Sin trastorno por consumo
F11.982	Trastorno del sueño inducido por opioides, Sin trastorno por consumo
F11.988	Trastorno de ansiedad inducido por opioides, Sin trastorno por consumo
F11.988	Delirio inducido por opioides (durante la abstinencia de medicamentos opioides tomados como prescrito)
F11.988	Delirio por abstinencia de opiáceos, sin trastorno por consumo
F11.99	Trastorno no especificado relacionado con opioides
F12.10	Trastorno por consumo de cannabis, leve
F12.11	Trastorno por consumo de cannabis, leve, en remisión temprana
F12.11	Trastorno por consumo de cannabis, leve, en remisión sostenida
F12.120	Intoxicación por cannabis, Sin alteraciones perceptivas, Con trastorno leve por consumo
F12.121	Delirio por intoxicación por cannabis, con trastorno leve por consumo
F12.122	Intoxicación por cannabis, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
F12.13	Abstinencia de cannabis, Con trastorno leve por consumo

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
F12.159	Trastorno psicótico inducido por cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.180	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.188	Trastorno del sueño inducido por cannabis, con trastorno leve por consumo
F12.20	Trastorno por consumo de cannabis, Moderado
F12.20	Trastorno por consumo de cannabis, grave
F12.21	Trastorno por consumo de cannabis, moderado, en remisión temprana
F12.21	Trastorno por consumo de cannabis, moderado, en remisión sostenida
F12.21	Trastorno por consumo de cannabis, grave, en remisión temprana
F12.21	Trastorno por consumo de cannabis, grave, en remisión sostenida
F12.220	Intoxicación por cannabis, Sin alteraciones perceptivas, Con moderado o trastorno por uso severo
F12.221	Delirio por intoxicación por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.222	Intoxicación por cannabis, Con alteraciones de la percepción, Con moderada o grave trastorno por uso
F12.23	Abstinencia de cannabis, Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.259	Trastorno psicótico inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
962	
F12.280	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.288	Trastorno del sueño inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.920	Intoxicación por cannabis, Sin alteraciones perceptivas, Sin trastorno por consumo
F12.921	Delirio por intoxicación por cannabis, Sin trastorno por consumo
F12.921	Delirio inducido por agonistas del receptor de cannabis farmacéutico (fármaco medicamento agonista del receptor de cannabis tomado según lo prescrito)
F12.922	Intoxicación por cannabis, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F12.93	Abstinencia de cannabis, Sin trastorno por consumo
F12.959	Trastorno psicótico inducido por cannabis, Sin trastorno por consumo
12.980 F	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, Sin trastorno por consumo
F12.988	Trastorno del sueño inducido por cannabis, Sin trastorno por consumo
F12.99	Trastorno no especificado relacionado con el cannabis
F13.10	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve
F13.11	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve, en remisión temprana
F13.11	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve, en remisión sostenida
F13.120	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno leve por consumo

F13.121	Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno leve por consumo
F13.130	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin alteraciones perceptivas, Con trastorno por consumo leve
F13.131	Delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno leve por consumo
F13.132	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F13.14	Trastorno bipolar y relacionado inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.14	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Con uso moderado trastorno
F13.159	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con uso moderado trastorno
F13.180	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con uso moderado trastorno
F13.181	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con uso moderado trastorno
F13.182	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Con uso moderado trastorno
F13.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno leve por consumo
F13.20	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, moderado
F13.20	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, grave
F13.21	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, moderado, en remisión temprana
F13.21	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, moderado, en remisión sostenida
F13.21	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, grave, en remisión temprana
F13.21	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, grave, en remisión sostenida
F13.220	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Con uso moderado o severo trastorno

963

F13.221	Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Con moderado o grave trastorno por uso
F13.230	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin alteraciones perceptivas, Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.231	Delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Con moderado o grave trastorno por uso
F13.232	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.24	Trastorno bipolar y relacionado inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.24	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con moderado

- o trastorno por uso severo
- F13.259 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
- F13.27 Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
- F13.280 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con moderado o trastorno por uso severo
- F13.281 Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
- F13.282 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con moderado o trastorno por uso severo
- F13.288 Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
- F13.920 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin trastorno por consumo
- F13.921 Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (sedantes, hipnóticos o medicación ansiolítica tomada según prescripción)
- F13.921 Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
- F13.930 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin alteraciones perceptivas, Sin trastorno por uso
- F13.931 Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (durante la abstinencia de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos tomados según lo prescrito)
- F13.931 Delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
- F13.932 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por uso
- F13.94 Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin trastorno por uso
- F13.94 Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin uso trastorno
- F13.959 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin uso trastorno
- F13.97 Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin trastorno por uso
- F13.980 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin uso trastorno
- F13.981 Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin uso trastorno

964

- F13.982 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
- F13.988 Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin trastorno por uso

F13.99	Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F14.10	Trastorno por consumo de cocaína, leve
F14.11	Trastorno por consumo de cocaína, leve, en remisión temprana
F14.11	Trastorno por consumo de cocaína, leve, en remisión sostenida
F14.120	Intoxicación por cocaína, Sin alteraciones perceptivas, Con trastorno leve por consumo
F14.121	Delirio por intoxicación por cocaína, con trastorno leve por consumo
F14.122	Intoxicación por cocaína, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
F14.13	Abstinencia de cocaína, Con trastorno leve por consumo
F14.14	Trastorno bipolar y relacionado inducido por cocaína, con trastorno leve por consumo
F14.14	Trastorno depresivo inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.159	Trastorno psicótico inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.180	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.181	Disfunción sexual inducida por cocaína, con trastorno leve por consumo
F14.182	Trastorno del sueño inducido por cocaína, con trastorno leve por consumo
F14.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína, con trastorno leve por consumo
F14.188	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por cocaína, Con uso leve trastorno
F14.20	Trastorno por consumo de cocaína, Moderado
F14.20	Trastorno por consumo de cocaína, grave
F14.21	Trastorno por consumo de cocaína, Moderado, En remisión temprana
F14.21	Trastorno por consumo de cocaína, moderado, en remisión sostenida
F14.21	Trastorno por consumo de cocaína, grave, en remisión temprana
F14.21	Trastorno por consumo de cocaína, grave, en remisión sostenida
F14.220	Intoxicación por cocaína, Sin alteraciones perceptivas, Con moderada o grave trastorno por uso
F14.221	Delirio por intoxicación por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.222	Intoxicación por cocaína, Con alteraciones de la percepción, Con moderada o grave trastorno por uso
F14.23	Abstinencia de cocaína, Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.24	Trastorno bipolar y relacionado inducido por cocaína, con consumo moderado o grave trastorno
F14.24	Trastorno depresivo inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.259	Trastorno psicótico inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.280	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.281	Disfunción sexual inducida por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.282	Trastorno del sueño inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína, Con uso moderado o severo trastorno
F14.288	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por cocaína, con moderado o

trastorno por uso severo

F14.920 Intoxicación por cocaína, Sin alteraciones perceptivas, Sin trastorno por consumo

965

- F14.921 Delirio por intoxicación por cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.922 Intoxicación por cocaína, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
- F14.93 Abstinencia de cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.94 Trastorno bipolar y relacionado inducido por cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.94 Trastorno depresivo inducido por cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.959 Trastorno psicótico inducido por cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.980 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.981 Disfunción sexual inducida por cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.982 Trastorno del sueño inducido por cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.988 Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína, Sin trastorno por consumo
- F14.988 Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por cocaína, Sin uso trastorno
- F14.99 Trastorno no especificado relacionado con la cocaína
- F15.10 Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, leve
- F15.10 Trastorno por consumo de otros estimulantes o los no especificados, leve
- F15.11 Trastorno por uso de sustancias de tipo anfetamínico, leve, en remisión temprana
- F15.11 Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, leve, en remisión sostenida
- F15.11 Trastorno por consumo de otros estimulantes o los no especificados, leve, en remisión inicial
- F15.11 Trastorno por consumo de otros estimulantes o los no especificados, leve, en remisión sostenida
- F15.120 Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Sin alteraciones perceptivas, Con trastorno por consumo leve
- F15.120 Intoxicación por otros estimulantes, Sin alteraciones perceptivas, Con uso moderado trastorno
- F15.121 Delirio por intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno leve por consumo
- F15.122 Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
- F15.122 Intoxicación por otros estimulantes, Con alteraciones de la percepción, Con uso moderado trastorno
- F15.13 Abstinencia de sustancias de tipo anfetamínico, con trastorno leve por consumo
- F15.13 Abstinencia de otro estimulante, con trastorno leve por consumo
- F15.14 Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno leve por consumo
- F15.14 Trastorno depresivo inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Con trastorno por consumo leve

- F15.159 Trastorno psicótico inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante),
Con trastorno por consumo leve
- F15.180 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante),
Con trastorno por consumo leve
- F15.181 Disfunción sexual inducida por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante),
Con trastorno por consumo leve
- F15.182 Trastorno del sueño inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno leve
por consumo
- F15.188 Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con
trastorno leve por consumo
- F15.188 Trastorno obsesivo compulsivo y relacionado inducido por sustancias de tipo anfetamínico
(u otro estimulante), con trastorno por consumo leve

966

- F15.20 Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, moderado
- F15.20 Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, grave
- F15.20 Trastorno por consumo de otros estimulantes o de los no especificados, moderado
- F15.20 Trastorno por consumo de otros estimulantes o de los no especificados, grave
- F15.21 Trastorno por uso de sustancias de tipo anfetamínico, moderado, en remisión temprana
- F15.21 Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, moderado, en remisión sostenida
- F15.21 Trastorno por uso de sustancias de tipo anfetamínico, grave, en remisión temprana
- F15.21 Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, grave, en remisión sostenida
- F15.21 Trastorno por consumo de otro estimulante o no especificado, moderado, en remisión inicial
- F15.21 Trastorno por consumo de otro estimulante o no especificado, moderado, en remisión sostenida
- F15.21 Trastorno por consumo de otros estimulantes o los no especificados, grave, en remisión inicial
- F15.21 Trastorno por consumo de otro estimulante o no especificado, grave, en remisión sostenida
- F15.220 Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Sin alteraciones perceptivas,
Con trastorno por consumo moderado o grave
- F15.220 Intoxicación por otros estimulantes, Sin alteraciones perceptivas, Con moderado o
trastorno por uso severo
- F15.221 Delirio por intoxicación de sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno por
consumo moderado o grave
- F15.222 Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por
consumo moderado o grave
- F15.222 Intoxicación por otros estimulantes, Con alteraciones de la percepción, Con moderado o
trastorno por uso severo
- F15.23 Abstinencia de sustancias de tipo anfetamínico, con trastorno por consumo moderado o grave
- F15.23 Abstinencia de otros estimulantes, Con trastorno por consumo moderado o grave
- F15.24 Trastornos bipolares y relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
trastorno, Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.24	Trastorno depresivo inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.259	Trastorno psicótico inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.280	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.281	Disfunción sexual inducida por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.282	Trastorno del sueño inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.288	Síntomas neurocognitivos leves inducidos por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante) trastorno, Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.288	Obsesión inducida por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante) trastorno compulsivo y relacionado, con trastorno por consumo moderado o grave
15.920 F	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Sin alteraciones perceptivas, Sin trastorno por uso
15.920 F	intoxicación por cafeína
15.920 F	Intoxicación por otros estimulantes, Sin alteraciones perceptivas, Sin consumo trastorno

967

F15.921	Delirio inducido por medicamentos de tipo anfetamínico (u otro estimulante) (medicamentos de tipo anfetamina u otros estimulantes tomados según lo prescrito)
F15.921	Delirio por intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Sin trastorno por uso
F15.922	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por uso
F15.922	Intoxicación por otros estimulantes, Con alteraciones de la percepción, Sin consumo trastorno
F15.93	Abstinencia de sustancias de tipo anfetamínico, Sin trastorno por consumo
F15.93	Abstinencia de cafeína
F15.93	Abstinencia de otro estimulante, Sin trastorno por consumo
F15.94	Trastornos bipolares y relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante) trastorno, Sin trastorno por uso
F15.94	Trastorno depresivo inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Sin trastorno por uso
F15.959	Trastorno psicótico inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Sin trastorno por uso
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Sin trastorno por uso
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, Sin trastorno por consumo

F15.981	Disfunción sexual inducida por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Sin trastorno por uso
F15.982	Trastorno del sueño inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), Sin trastorno por uso
F15.982	Trastorno del sueño inducido por cafeína, Sin trastorno por consumo
15.988 F	Síntomas neurocognitivos leves inducidos por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante) trastorno, Sin trastorno por uso
15.988 F	Trastorno obsesivo compulsivo y relacionado inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.99	Trastorno no especificado relacionado con sustancias de tipo anfetamínico
F15.99	Trastorno no especificado relacionado con la cafeína
F15.99	Otro trastorno relacionado con estimulantes no especificado
F16.10	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, leve
F16.10	Trastorno por consumo de fenciclidina, leve
F16.11	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, leve, en remisión temprana
F16.11	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, leve, en remisión sostenida
F16.11	Trastorno por consumo de fenciclidina, leve, en remisión temprana
F16.11	Trastorno por consumo de fenciclidina, leve, en remisión sostenida
F16.120	Intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno leve por consumo
F16.120	Intoxicación por fenciclidina, con trastorno leve por consumo
F16.121	Delirio por intoxicación con otro alucinógeno, con trastorno leve por consumo
F16.121	Delirio por intoxicación con fenciclidina, con trastorno leve por consumo
F16.14	Otro trastorno bipolar y relacionado inducido por alucinógenos, Con uso moderado trastorno
F16.14	Otro trastorno depresivo inducido por alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.14	Trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidina, con trastorno leve por consumo

968

F16.14	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.159	Otro trastorno psicótico inducido por alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.159	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.180	Otro trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.180	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.20	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, moderado
F16.20	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, grave
F16.20	Trastorno por consumo de fenciclidina, moderado
F16.20	Trastorno por consumo de fenciclidina, grave
F16.21	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, moderado, en remisión inicial

F16.21	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, moderado, en remisión sostenida
F16.21	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, grave, en remisión inicial
F16.21	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, grave, en remisión sostenida
F16.21	Trastorno por consumo de fenciclidina, moderado, en remisión temprana
F16.21	Trastorno por consumo de fenciclidina, moderado, en remisión sostenida
F16.21	Trastorno por consumo de fenciclidina, grave, en remisión temprana

F16.21	Trastorno por consumo de fenciclidina, grave, en remisión sostenida
F16.220	Intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.220	Intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.221	Delirio por intoxicación con otro alucinógeno, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.221	Delirio por intoxicación con fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.24	Otro trastorno bipolar y relacionado inducido por alucinógenos, Con moderado o trastorno por uso severo
F16.24	Otro trastorno depresivo inducido por alucinógenos, Con uso moderado o severo trastorno
F16.24	Trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidina, Con moderado o grave trastorno por uso
F16.24	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, Con uso moderado o severo trastorno
F16.259	Otro trastorno psicótico inducido por alucinógenos, Con uso moderado o severo trastorno
F16.259	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.280	Otro trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos, Con uso moderado o severo trastorno
F16.280	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.920	Intoxicación por otros alucinógenos, Sin trastorno por consumo
F16.920	Intoxicación por fenciclidina, Sin trastorno por consumo
F16.921	Delirio inducido por ketamina u otro alucinógeno (ketamina u otro medicamento alucinógeno tomado según lo prescrito o por razones médicas)
F16.921	Delirio por intoxicación con otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.921	Delirio por intoxicación por fenciclidina, Sin trastorno por consumo
F16.94	Otro trastorno bipolar y relacionado inducido por alucinógenos, Sin trastorno por consumo

F16.94	Trastorno depresivo inducido por otros alucinógenos, Sin trastorno por consumo
F16.94	Trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidina, Sin trastorno por consumo
F16.94	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, Sin trastorno por consumo

F16.959	Otro trastorno psicótico inducido por alucinógenos, Sin trastorno por consumo
F16.959	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, Sin trastorno por consumo
16.980 F	Trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos, Sin trastorno por consumo
16.980 F	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, Sin trastorno por consumo
F16.983	Trastorno de percepción persistente por alucinógenos
F16.99	Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos
F16.99	Trastorno no especificado relacionado con la fenciclidina
F17.200	Trastorno por consumo de tabaco, Moderado
F17.200	Trastorno por consumo de tabaco, grave
F17.201	Trastorno por consumo de tabaco, Moderado, En remisión temprana
F17.201	Trastorno por consumo de tabaco, moderado, en remisión sostenida
F17.201	Trastorno por consumo de tabaco, grave, en remisión temprana
F17.201	Trastorno por consumo de tabaco, grave, en remisión sostenida
F17.203	Abstinencia de tabaco
F17.208	Trastorno del sueño inducido por el tabaco, con trastorno por consumo moderado o grave
F17.209	Trastorno no especificado relacionado con el tabaco
F18.10	Trastorno por consumo de inhalantes, leve
F18.11	Trastorno por uso de inhalantes, leve, en remisión temprana
F18.11	Trastorno por consumo de inhalantes, leve, en remisión sostenida
F18.120	Intoxicación por inhalantes, Con trastorno leve por consumo
F18.121	Delirio por intoxicación por inhalantes, con trastorno leve por consumo
F18.14	Trastorno depresivo inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.159	Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con trastorno leve por consumo
F18.17	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.180	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, con trastorno leve por consumo
F18.20	Trastorno por consumo de inhalantes, moderado
F18.20	Trastorno por consumo de inhalantes, grave
F18.21	Trastorno por uso de inhalantes, Moderado, En remisión temprana
F18.21	Trastorno por consumo de inhalantes, moderado, en remisión sostenida
F18.21	Trastorno por consumo de inhalantes, grave, en remisión temprana
F18.21	Trastorno por consumo de inhalantes, grave, en remisión sostenida
F18.220	Intoxicación por inhalantes, Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.221	Delirio por intoxicación por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.24	Trastorno depresivo inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.259	Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes, Con uso moderado o severo trastorno

- F18.280 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
- F18.288 Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, Con uso moderado o severo trastorno
- F18.920 Intoxicación por inhalantes, Sin trastorno por consumo

970

- F18.921 Delirio de intoxicación por inhalantes, Sin trastorno por consumo
- F18.94 Trastorno depresivo inducido por inhalantes, Sin trastorno por consumo
- F18.959 Trastorno psicótico inducido por inhalantes, Sin trastorno por consumo
- F18.97 Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes, Sin trastorno por consumo
- F18.980 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, Sin trastorno por consumo
- F18.988 Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, Sin trastorno por consumo
- F18.99 Trastorno no especificado relacionado con inhalantes
- F19.10 Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), leve
- F19.11 Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), leve, en remisión temprana
- F19.11 Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), leve, en remisión sostenida
- F19.120 Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones perceptivas,
Con trastorno por consumo leve
- F19.121 Delirio por intoxicación por otra sustancia (o desconocida), con trastorno leve por consumo
- F19.122 Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Con alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
- F19.130 Abstinencia de otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones de la percepción,
Con trastorno por consumo leve
- F19.131 Delirio por abstinencia de otra sustancia (o desconocida), con trastorno leve por consumo
- F19.132 Abstinencia de otra sustancia (o desconocida), Con alteraciones de la percepción, Con trastorno leve por consumo
- F19.14 Trastorno bipolar y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), con leve trastorno por uso
- F19.14 Trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o desconocida), con consumo moderado trastorno
- F19.159 Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o desconocida), con consumo moderado trastorno
- F19.17 Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo leve
- F19.180 Trastorno de ansiedad inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo leve
- F19.181 Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o desconocida), Con uso leve trastorno
- F19.182 Trastorno del sueño inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno leve por consumo
- F19.188 Trastorno neurocognitivo leve inducido por otra sustancia (o desconocida), con

trastorno por uso

- F19.188 Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo leve
- F19.20 Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), Moderado
- F19.20 Trastorno por consumo de otra sustancia (o desconocida), grave
- F19.21 Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), Moderado, En remisión temprana
- F19.21 Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), moderado, en remisión sostenida
- F19.21 Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), grave, en remisión temprana
- F19.21 Trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida), grave, en remisión sostenida
- F19.220 Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones perceptivas,
Con trastorno por consumo moderado o grave

971

- F19.221 Delirio por intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Con moderado o grave
trastorno por uso
- F19.222 Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Con alteraciones de la percepción, Con
trastorno por consumo moderado o grave
- F19.230 Abstinencia de otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones de la percepción,
Con trastorno por consumo moderado o grave
- F19.231 Delirio por abstinencia de otra sustancia (o desconocida), Con moderado o grave
trastorno por uso
- F19.232 Abstinencia de otra sustancia (o desconocida), Con alteraciones de la percepción, Con
trastorno por consumo moderado o grave
- F19.24 Trastorno bipolar y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por
consumo moderado o grave
- F19.24 Trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o desconocida), Con moderado o
trastorno por uso severo
- F19.259 Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o desconocida), Con moderado o
trastorno por uso severo
- F19.27 Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por
consumo moderado o grave
- F19.280 Trastorno de ansiedad inducido por otra sustancia (o desconocida), Con moderado o
trastorno por uso severo
- F19.281 Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o desconocida), Con moderado o
trastorno por uso severo
- F19.282 Trastorno del sueño inducido por otra sustancia (o desconocida), Con moderado o grave
trastorno por uso
- F19.288 Trastorno neurocognitivo leve inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por
consumo moderado o grave
- F19.288 Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), con
trastorno por consumo moderado o grave

F19.920	Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones perceptivas, Sin trastorno por uso
F19.921	Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos) (otros medicamentos [o desconocidos] tomados según lo prescrito)
F19.921	Delirio por intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Sin trastorno por consumo
F19.922	Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por uso
F19.930	Abstinencia de otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por uso
F19.931	Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos) (durante la abstinencia de otros medicamentos [o desconocidos] tomados según lo prescrito)
F19.931	Delirio por abstinencia de otra sustancia (o desconocida), sin trastorno por consumo
F19.932	Abstinencia de otra sustancia (o desconocida), con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por uso
F19.94	Trastorno bipolar y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin trastorno por uso
F19.94	Trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin consumo trastorno
F19.959	Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin trastorno por consumo

972

F19.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin trastorno por uso
F19.980	Trastorno de ansiedad inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin trastorno por consumo
F19.981	Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o desconocida), Sin uso trastorno
F19.982	Trastorno del sueño inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin trastorno por consumo
F19.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin trastorno por uso
F19.988	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin trastorno por consumo
F19.99	Trastorno relacionado con otra sustancia no especificada (o desconocida)
F20.81	Trastorno esquizofreniforme
F20.9	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico de la personalidad
F22	Desorden delirante
F23	Trastorno psicótico breve
F25.0	Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar
F25.1	Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo
F28	Otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico

F29	Espectro esquizofrénico no especificado y otro trastorno psicótico
F31.0	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente
F31.11	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, leve
F31.12	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, moderado
F31.13	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, grave
F31.2	Trastorno bipolar I, Episodio maníaco actual o más reciente, Con psicosis características
F31.31	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, leve
F31.32	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, moderado
F31.4	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, grave
F31.5	Trastorno bipolar I, Episodio actual o más reciente de depresión, Con psicosis características
F31.71	Trastorno bipolar I, Episodio hipomaníaco actual o más reciente, En parcial remisión
F31.72	Trastorno bipolar I, Episodio hipomaníaco actual o más reciente, En remisión completa
F31.73	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, en remisión parcial
F31.74	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, en remisión completa
F31.75	Trastorno bipolar I, Episodio actual o más reciente depresivo, En parcial remisión
F31.76	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, en remisión completa
F31.81	Trastorno bipolar II
F31.89	Otro trastorno bipolar y relacionado especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, no especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente, no especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, no especificado

973

F31.9	Trastorno bipolar I, episodio actual o más reciente no especificado
F31.9	Trastorno bipolar y relacionado no especificado
F32.0	Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve
F32.1	Trastorno depresivo mayor, Episodio único, Moderado
F32.2	Trastorno depresivo mayor, Episodio único, Grave
F32.3	Trastorno depresivo mayor, Episodio único, Con rasgos psicóticos
F32.4	Trastorno depresivo mayor, Episodio único, En remisión parcial
F32.5	Trastorno depresivo mayor, Episodio único, En remisión completa
F32.81	Trastorno disfórico premenstrual
F32.89	Otro trastorno depresivo especificado

F32.9	Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado
F32.A	Trastorno depresivo no especificado
F33.0	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, Leve
F33.1	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, Moderado
F33.2	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, Grave
F33.3	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, Con rasgos psicóticos
F33.41	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, En remisión parcial
F33.42	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, En remisión completa
F33.9	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, no especificado
F34.0	Trastorno ciclotímico
F34.1	Trastorno depresivo persistente
F34.81	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
F39	Trastorno del estado de ánimo no especificado
F40.00	Agorafobia
F40.10	Desorden de ansiedad social
F40.218	Fobia específica, Animal
F40.228	Fobia específica, Medio natural
F40.230	Fobia específica, Miedo a la sangre
F40.231	Fobia específica, Miedo a las inyecciones y transfusiones.
F40.232	Fobia específica, Miedo a otros cuidados médicos
F40.233	Fobia específica, Miedo a lastimarse
F40.248	Fobia específica, Situacional
F40.298	Fobia específica, Otra
F41.0	Trastorno de pánico
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.8	Otro trastorno de ansiedad especificado
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado
F42.2	Desorden obsesivo compulsivo
F42.3	Trastorno de acumulación
F42.4	Trastorno de excoriación (pellizcado de la piel)
F42.8	Otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y relacionado
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado y relacionado
F43.0	Trastorno de estrés agudo
F43.10	Trastorno de estrés postraumático

F43.20	Trastornos adaptativos, no especificados
F43.21	Trastornos adaptativos, Con estado de ánimo deprimido
F43.22	Trastornos adaptativos, Con ansiedad
F43.23	Trastornos adaptativos, Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido
F43.24	Trastornos adaptativos, con alteración de la conducta
F43.25	Trastornos adaptativos, con alteración mixta de las emociones y la conducta
F43.8	Otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés
F43.8	Trastorno de duelo prolongado
F43.9	Trastorno no especificado relacionado con el trauma y el estrés
F44.0	Amnesia disociativa
F44.1	Amnesia disociativa, con fuga disociativa
F44.4	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con movimiento anormal
F44.4	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con habla síntoma
F44.4	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), Con síntomas de deglución
F44.4	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con debilidad/parálisis
F44.5	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), Con ataques o convulsiones
F44.6	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), Con anestesia o pérdida sensorial
F44.6	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), Con síntoma sensorial especial
F44.7	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), Con síntomas mixtos síntomas
F44.81	Trastorno de identidad disociativo
F44.89	Otro trastorno disociativo especificado
F44.9	Trastorno disociativo no especificado
F45.1	Trastorno de síntomas somáticos
F45.21	Trastorno de ansiedad por enfermedad
F45.22	Desorden dismórfico del cuerpo
F45.8	Otro síntoma somático especificado y trastorno relacionado
F45.9	Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado
F48.1	Trastorno de despersonalización/desrealización
F50.01	Anorexia nerviosa, tipo restrictivo
F50.02	Anorexia nerviosa tipo atracones/purgas
F50.2	Bulimia nerviosa
F50.81	Trastorno por atracón

F50.82	Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos
F50.89	Otro trastorno alimentario o alimentario especificado
F50.89	Pica, en adultos
F50.9	Trastorno alimentario o de la alimentación no especificado
F51.01	Trastorno de insomnio
F51.11	Trastorno de hipersomnolencia

975

F51.3	Trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos, tipo sonambulismo
F51.4	Trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos, tipo terror nocturno
F51.5	Trastorno de pesadilla
F52.0	Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino
F52.21	Trastorno eréctil
F52.22	Trastorno de interés/excitación sexual femenina
F52.31	Trastorno orgásmico femenino
F52.32	eyaculación retardada
F52.4	Eyaculación precoz (temprana)

F52.6	Dolor genito-pélvico/trastorno de penetración
F52.8	Otra disfunción sexual especificada
F52.9	Disfunción sexual no especificada
F54	Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas.
F60.0	Trastorno de personalidad paranoica
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad
F60.2	Desorden de personalidad antisocial
F60.3	Trastorno límite de la personalidad
F60.4	Trastorno de personalidad histriónica
F60.5	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
F60.6	Desorden de personalidad evasiva
F60.7	trastorno de personalidad dependiente
F60.81	trastorno de personalidad narcisista
F60.89	Otro trastorno de personalidad especificado
F60.9	Trastorno de personalidad no especificado
F63.0	trastorno del juego
F63.1	Piromanía
F63.2	Cleptomanía

F63.3	Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)
F63.81	Trastorno explosivo intermitente
F64.0	Disforia de género en adolescentes y adultos
F64.2	Disforia de género en niños
F64.8	Otra disforia de género especificada
F64.9	Disforia de género no especificada
F65.0	Trastorno fetichista
F65.1	Trastorno travesti
F65.2	Trastorno exhibicionista
F65.3	Trastorno voyeurista
F65.4	Trastorno pedófilo
F65.51	Trastorno de masoquismo sexual
F65.52	Trastorno de sadismo sexual
F65.81	Trastorno froteurístico
F65.89	Otro trastorno parafílico especificado
F65.9	Trastorno parafílico no especificado
F68.10	Trastorno facticio impuesto a uno mismo

976

F68.A	Trastorno facticio impuesto a otro
F70	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), leve
F71	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), moderado
F72	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), grave
F73	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), Profundo
F79	Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (discapacidad intelectual)
F80.0	Trastorno del sonido del habla
F80.2	trastorno del lenguaje
F80.81	Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)
F80.82	Trastorno de la comunicación social (pragmática)
F80.9	Trastorno de comunicación no especificado
F81.0	Trastorno específico del aprendizaje, con deterioro de la lectura
F81.2	Trastorno específico del aprendizaje, con deterioro en matemáticas
F81.81	Trastorno específico del aprendizaje, con deterioro de la expresión escrita
F82	Trastorno de desarrollo de la coordinación
F84.0	Desorden del espectro autista
F88	Retraso global del desarrollo

F88	Otro trastorno especificado del neurodesarrollo
F89	Trastorno del neurodesarrollo no especificado
F90.0	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, Presentación predominantemente inatenta
F90.1	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, predominantemente hiperactivo/impulsivo presentación
F90.2	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Presentación combinada
F90.8	Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado
F90.9	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado
F91.1	Trastorno de conducta, tipo de inicio en la infancia
F91.2	Trastorno de conducta, tipo de inicio en la adolescencia
F91.3	Trastorno de oposición desafiantes
F91.8	Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado
F91.9	Trastorno de conducta, inicio no especificado
F91.9	Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación
F94.0	Mutismo selectivo
F94.1	Trastorno reactivo de la vinculación
F94.2	Trastorno de compromiso social desinhibido
F95.0	Trastorno de tic provisional
F95.1	Trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales
F95.2	trastorno de Tourette
F95.8	Otro trastorno de tics especificado
F95.9	Trastorno de tic no especificado
F98.0	Enuresis
F98.1	encopresis
F98.21	Trastorno de rumiación
F98.3	Pica, en niños

977

F98.4	Trastorno de movimientos estereotipados
F98.5	Trastorno de la fluidez de inicio en la edad adulta
F99	Otro trastorno mental especificado
F99	Trastorno mental no especificado
G21.0	Síndrome neuroléptico maligno
G21.11	Parkinsonismo inducido por medicamentos antipsicóticos y otros bloqueadores de los receptores de dopamina
G21.19	Otro parkinsonismo inducido por medicamentos

G24.01	discinesia tardía
G24.02	Distonía aguda inducida por medicamentos
G24.09	Distonía tardía
G25.1	Tremor postural inducido por medicamentos
G25.71	Acatisia aguda inducida por medicamentos
G25.71	Acatisia tardía
G25.79	Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos
G25.81	Síndrome de piernas inquietas
G31.84	Trastorno neurocognitivo frontotemporal leve
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la infección por VIH
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a múltiples etiologías
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad priónica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo craneoencefálico
G31.84	Trastorno neurocognitivo vascular leve
G47.00	Trastorno de insomnio no especificado
G47.09	Otro trastorno de insomnio especificado
G47.10	Trastorno de hipersomnolencia no especificado
G47.19	Otro trastorno de hipersomnolencia especificado
G47.20	Trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, tipo no especificado
G47.21	Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia, tipo de fase de sueño retrasada
G47.22	Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia, tipo de fase avanzada del sueño
G47.23	Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia, tipo sueño-vigilia irregular
G47.24	Trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, tipo de sueño y vigilia que no son de 24 horas
G47.26	Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, tipo trabajo por turnos
G47.31	Apnea central del sueño, apnea central del sueño idiopática
G47.33	Apnea obstructiva del sueño hipopnea
G47.34	Hipoventilación relacionada con el sueño, Hipoventilación idiopática
G47.35	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación alveolar central congénita
G47.36	Hipoventilación relacionada con el sueño, Hipoventilación relacionada con el sueño comórbida
G47.37	Apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides
G47.411	Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina (tipo 1)

G47.419	Narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida (tipo 2)
G47.421	Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina debido a una condición médica
G47.429	Narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina por una condición médica
G47.52	Trastorno del comportamiento del sueño por movimientos oculares rápidos
G47.8	Otro trastorno del sueño-vigilia especificado
G47.9	Trastorno del sueño-vigilia no especificado
N39.498	Otro trastorno de eliminación especificado, con síntomas urinarios
R06.3	Apnea central del sueño, respiración de Cheyne-Stokes
R15.9	Otro trastorno de eliminación especificado, con síntomas fecales
R15.9	Trastorno de eliminación no especificado, con síntomas fecales
R32	Trastorno de eliminación no especificado, con síntomas urinarios
R41.0	Otro delirio especificado
R41.0	delirio no especificado
R41.81	Deterioro cognitivo relacionado con la edad
\$41.83	Funcionamiento intelectual límite
R41.9	Trastorno neurocognitivo no especificado
\$45.88	Autolesiones no suicidas actuales
	Comportamiento suicida actual
T14.91A	encuentro inicial
T14.91D	Encuentro posterior
T43.205A	Síndrome de discontinuación de antidepresivos, Encuentro inicial
T43.205D	Síndrome de discontinuación de antidepresivos, Encuentro posterior
T43.205S	Síndrome de discontinuación de antidepresivos, Secuelas
T50.905A	Otro efecto adverso de la medicación, Contacto inicial
T50.905D	Otro efecto adverso de la medicación, Encuentro posterior
T50.905S	Otro efecto adverso de la medicación, Secuelas
T74.01XA	Abandono del cónyuge o pareja, Confirmado, Encuentro inicial
T74.01XD	Abandono del cónyuge o pareja, Confirmado, Encuentro posterior
T74.02XA	Abandono infantil, Confirmado, Encuentro inicial
T74.02XD	Negligencia infantil, Confirmado, Encuentro posterior
T74.11XA	Abuso físico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Confirmado, Encuentro inicial
T74.11XA	Violencia del cónyuge o pareja, Física, Confirmada, Encuentro inicial
T74.11XD	Abuso físico de un adulto por parte de alguien que no sea el cónyuge o la pareja, confirmado, subsiguiente encontrar

T74.11XD	Violencia del cónyuge o pareja, Física, Confirmada, Encuentro posterior
T74.12XA	Abuso físico infantil, Confirmado, Encuentro inicial
T74.12XD	Abuso físico infantil, Confirmado, Encuentro posterior
T74.21XA	Abuso sexual de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Confirmado, Encuentro inicial
T74.21XA	Violencia del cónyuge o pareja, Sexual, Confirmada, Encuentro inicial
T74.21XD	Abuso sexual de adultos por parte de una persona que no es el cónyuge o la pareja, confirmado, subsiguiente encontrar

979

T74.21XD	Violencia del cónyuge o pareja, Sexual, Confirmada, Encuentro posterior
T74.22XA	Abuso sexual infantil, Confirmado, Encuentro inicial
T74.22XD	Abuso sexual infantil, Confirmado, Encuentro posterior
T74.31XA	Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Confirmado, Inicial encontrar
T74.31XA	Abuso del cónyuge o pareja, Psicológico, Confirmado, Encuentro inicial
T74.31XD	Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Confirmado, Posterior encontrar
T74.31XD	Abuso del cónyuge o pareja, Psicológico, Confirmado, Encuentro posterior
T74.32XA	Abuso psicológico infantil, Confirmado, Encuentro inicial
T74.32XD	Abuso psicológico infantil, Confirmado, Encuentro posterior
T76.01XA	Negligencia del cónyuge o pareja, Sospecha, Encuentro inicial
T76.01XD	Negligencia del cónyuge o pareja, Sospecha, Encuentro posterior
T76.02XA	Negligencia infantil, Sospecha, Encuentro inicial
T76.02XD	Negligencia infantil, Sospecha, Encuentro posterior
T76.11XA	Abuso físico de un adulto por parte de alguien que no es el cónyuge o la pareja, Sospecha, Encuentro inicial
T76.11XA	Violencia del cónyuge o pareja, Física, Sospecha, Encuentro inicial
T76.11XD	Abuso físico de un adulto por parte de alguien que no es el cónyuge o la pareja, sospechado, subsiguiente encontrar
T76.11XD	Violencia del cónyuge o pareja, Física, Sospecha, Encuentro posterior

T76.12XA	Abuso físico infantil, Sospecha, Encuentro inicial
T76.12XD	Abuso físico infantil, Sospecha, Encuentro posterior
T76.21XA	Abuso sexual de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Sospecha, Encuentro inicial
T76.21XA	Violencia del cónyuge o pareja, Sexual, Sospecha, Encuentro inicial
T76.21XD	Abuso sexual de adultos por parte de alguien que no es el cónyuge o la pareja, sospechado, subsiguiente encontrar
T76.21XD	Violencia del cónyuge o pareja, Sexual, Sospecha, Encuentro posterior

T76.22XA	Abuso sexual infantil, Sospecha, Encuentro inicial
T76.22XD	Abuso sexual infantil, Sospecha, Encuentro posterior
T76.31XA	Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, Sospecha, Inicial encontrar
T76.31XA	Abuso del cónyuge o pareja, Psicológico, Sospecha, Encuentro inicial
T76.31XD	Abuso psicológico de adultos por parte de personas que no son cónyuge o pareja, sospechado, subsiguiente encontrar
T76.31XD	Abuso del cónyuge o pareja, Psicológico, Sospecha, Encuentro posterior
T76.32XA	Abuso psicológico infantil, Sospecha, Encuentro inicial
T76.32XD	Abuso psicológico infantil, Sospecha, Encuentro posterior
Z03.89	Sin diagnóstico o condición
Z31.5	Asesoramiento genético
Z55.0	Analfabetismo y bajo nivel de alfabetización
Z55.1	Escolarización no disponible e inalcanzable
Z55.2	exámenes escolares reprobados
Z55.3	bajo rendimiento en la escuela
Z55.4	Inadaptación educativa y discordia con profesores y compañeros
Z55.8	Problemas relacionados con la enseñanza inadecuada

980

Z55.9	Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización
Z56.0	Desempleo
Z56.1	cambio de trabajo
Z56.2	Amenaza de pérdida de empleo
Z56.3	horario de trabajo estresante
Z56.4	Discordia con jefe y compañeros de trabajo
Z56.5	Ambiente de trabajo poco agradable
Z56.6	Otras tensiones físicas y mentales relacionadas con el trabajo
Z56.81	Acoso sexual en el trabajo
Z56.82	Problema relacionado con el estado actual del despliegue militar
Z56.9	Otro problema relacionado con el empleo
Z58.6	Falta de agua potable segura
Z59.01	Personas sin hogar protegidas
Z59.02	Personas sin hogar sin hogar
Z59.1	Vivienda inadecuada
Z59.2	Discordia con el vecino, inquilino o arrendador
Z59.3	Problema relacionado con vivir en una institución residencial

Z59.41	inseguridad alimentaria
Z59.5	Pobreza extrema
Z59.6	De bajos ingresos
Z59.7	Seguro social o de salud o asistencia social insuficientes
Z59.9	Otro problema económico
Z59.9	Otro problema de vivienda
Z60.0	Problema de la fase de la vida
Z60.2	Problema relacionado con vivir solo
Z60.3	Dificultad de aculturación
Z60.4	Exclusión social o rechazo
Z60.5	Objeto de discriminación o persecución adversa (percibida)
Z60.9	Otro problema relacionado con el entorno social.
Z62.29	Crianza lejos de los padres
Z62.810	Historia personal (historia pasada) de abuso físico en la niñez
Z62.810	Historia personal (historia pasada) de abuso sexual en la infancia
Z62.811	Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico en la infancia
Z62.812	Historia personal (historia pasada) de negligencia en la infancia
Z62.820	Problema relacional padre-hijo, padre-hijo biológico
Z62.821	Problema relacional padre-hijo, padre-hijo adoptado
Z62.822	Problema relacional padre-hijo Padre-hijo adoptivo
Z62.891	Problema relacional entre hermanos
Z62.898	Niño afectado por problemas en la relación parental
Z62.898	Problema relacional padre-hijo, Otro cuidador-hijo
Z63.0	Problemas de relación con el cónyuge o pareja íntima
Z63.4	duelo sin complicaciones
Z63.5	Ruptura de la familia por separación o divorcio
Z63.8	Alto nivel de emoción expresada dentro de la familia.

981

Z64.0	Problemas relacionados con el embarazo no deseado
Z64.1	Problemas relacionados con la multiparidad
Z64.4	Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el oficial de libertad condicional, el administrador de casos o el trabajador de servicios sociales
Z65.0	Condena en proceso civil o penal sin pena de prisión
Z65.1	Prisión u otro encarcelamiento
Z65.2	Problemas relacionados con la salida de prisión

Z65.3	Problemas relacionados con otras circunstancias legales
Z65.4	Víctima del crimen
Z65.4	Víctima de terrorismo o tortura
Z65.5	Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades
Z65.8	Problema religioso o espiritual
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil por parte de los padres
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de maltrato físico infantil por padre
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico infantil por padre
Z69.010	Visita para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil por parte de los padres
Z69.011	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil por parte de los padres
Z69.011	Visita para los servicios de salud mental para el perpetrador de física de los padres del niño abuso
Z69.011	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de maltrato psicológico infantil por parte de los padres
Z69.011	Visita para los servicios de salud mental para el perpetrador de abuso sexual de los padres abuso
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctimas de negligencia infantil no parental
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctimas de un niño no parental físico abuso
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico infantil no parental
Z69.020	Visita para servicios de salud mental para víctimas de abuso sexual infantil no parental. abuso
Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil no parental
Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil no parental
Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico infantil no parental
Z69.021	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil no parental abuso
Z69.11	Visita para servicios de salud mental para víctima de negligencia del cónyuge o pareja
Z69.11	Consulta para servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico del cónyuge o pareja
Z69.11	Consulta para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, Físico
Z69.12	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia del cónyuge o pareja

Z69.12	Visita para servicios de salud mental para autor de maltrato psicológico del cónyuge o pareja
Z69.12	Visita para servicios de salud mental para agresor de cónyuge o pareja violencia, física
Z69.12	Consulta para servicios de salud mental para autor de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z69.81	Contacto para servicios de salud mental para víctima de matrimonio sin cónyuge o sin pareja abuso de adultos
Z69.81	Consulta para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z69.82	Visita para servicios de salud mental para perpetrador de violencia sin cónyuge o pareja abuso de adultos
Z70.9	Consejería sexual
Z71.3	Asesoramiento dietético
Z71.9	Otro asesoramiento o consulta
Z72.0	Trastorno por consumo de tabaco, leve
Z72.810	Comportamiento antisocial del niño o adolescente
Z72.811	Comportamiento antisocial adulto
Z72.9	Problema relacionado con el estilo de vida.
Z75.3	Indisponibilidad o inaccesibilidad de los establecimientos de salud
Z75.4	Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de otras agencias de ayuda.
Z76.5	Proceso de enfermedad
Z91.19	Incumplimiento del tratamiento médico
Z91.410	Historia personal (historia pasada) de violencia del cónyuge o pareja, física
Z91.410	Antecedentes personales (antecedentes) de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z91.411	Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico del cónyuge o pareja
Z91.412	Historial personal (historial pasado) de negligencia del cónyuge o pareja
Z91.49	Antecedentes personales de trauma psicológico
Z91.51	Historial de conducta suicida
Z91.52	Historial de autolesiones no suicidas
Z91.82	Historia personal de despliegue militar
Z91.83	Deambulación asociada a un trastorno mental

983

Asesores DSM-5 y otros Colaboradores

Comités de revisión del DSM-5 de la Junta de Síndicos de la APA

Comité de Revisión Científica (SRC)

Kenneth S. Kendler, MD (Presidente)

Robert Freedman, MD (Copresidente)

Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH

David Brent, MD (2011–)

Dra. Ellen Leibenluft

Sir Michael Rutter, MD (–2011)

Dr. Paul S. Summergrad

Dr. Robert J. Ursano (–2011)

Myrna Weissman, Ph.D. (2011–)

Dr. Joel Yager

Jill L. Opalesky, MS (Soporte administrativo)

Comité de Revisión Clínica y de Salud Pública (CPHC)

John S. McIntyre, MD (Presidente)

Joel Yager, MD (Copresidente)

Dra. Anita Everett

Cathryn A. Galanter, MD

Jeffrey M. Lyness, MD

Dr. James E. Ninger

Victor I. Reus, M.D.

Dr. Michael J. Vergare

Ann Miller (Apoyo administrativo)

Comité de Supervisión

Carolyn Robinowitz, MD (Presidenta)

María Badaracco, MD

Ronald Burd, MD

Dr. Robert Freedman

Jeffrey A. Lieberman, MD

Dra. Kyla Pope

Victor I. Reus, M.D.

Dr. Daniel K. Winstead

Dr. Joel Yager

Asamblea de la APA Comité de revisión del

DSM-5 Glenn A. Martin, MD (Presidente)

R. Scott Benson, MD (Orador de la Asamblea)

William Cardasis, MD

John M. de Figueiredo, MD

Lawrence S. Gross, MD

Dr. Brian S. Hart

Stephen A. McLeod Bryant, MD

Dr. Gregory A. Miller

Roger Peele, MD

Charles S. Precio, MD

Deepika Sastry, MD

John PD Esquema, MD

Dr. Eliot Sorel

Grupo de cumbre DSM-5

Dilip V. Jeste, MD (Presidente)

R. Scott Benson, MD

Dr. Kenneth S. Kendler

Helena C. Kraemer, Ph.D.

Dr. David J. Kupfer
Jeffrey A. Lieberman, MD
Dr. Glenn A. Martin
Dr. John S. McIntyre
Dr. John M. Oldham
Roger Peele, MD
Darrel A. Regier, MD, MPH
Dr. James H. Scully Jr.
Dr. Joel Yager
Paul S. Appelbaum, MD (Consultor)
Michael B. Primero, MD (Consultor)

Revisión de ensayos de campo del DSM-5

Robert D. Gibbons, Ph.D.
Dr. Craig Nelson

Revisión forense del DSM-5

Dr. Paul S. Appelbaum
Dra. Lama Bazzi
Alec W. Buchanan, MD, Ph.D.
Carissa Caban Germán, MD
Michael Champion, MD
Dr. Jeffrey C. Eisen
Dra. Elizabeth Ford
Dr. Daniel T. Hackman
Dr. Mark Hauser
Steven K. Hoge, MD, MBA
Dra. Debra A. Pinals
Guillermo Portillo, M.D.
Patricia Recupero, M.D., J.D.
Dr. Robert Weinstock
Dra. Cheryl Wills

Howard V. Zonana, MD

984

Personal anterior de la APA del DSM-5

Erin J. Dalder-Alpher

Kristin Edwards

Leah I. Engel

Lenna Jawdat

Isabel C. Martín

Rocio J. Salvador

Asesores de Grupos de Trabajo

TDAH y trastornos del comportamiento

disruptivo Emil F. Coccaro, MD

Deborah Dabrick, Ph.D.

Prudencia W. Fisher, Ph.D.

Benjamin B. Lahey, Ph.D.

Salvatore Mannuzza, Ph.D.

María Solanto, Ph.D.

J. Blake Turner, Ph.D.

Eric Youngstrom, Ph.D.

**Ansiedad, Espectro Obsesivo-Compulsivo, Postraumática y
Trastornos disociativos**

Lynn E. Alden, Ph.D.

David B. Arciniegas, M.D.

David H. Barlow, Ph.D.

Katja Beesdo-Baum, Ph.D.

Chris R. Brewin, Doctor en Filosofía.

Richard J. Brown, Ph.D.

Timothy A. Brown, Ph.D.

Richard A. Bryant, Ph.D.

Joan M. Cook, Ph.D.

Joop de Jong, MD, Ph.D.

Paul F. Dell, Ph.D.

Damián Denys, MD

Bruce P. Dohrenwend, Ph.D.

Brian A. Fallon, MD, MPH

Edna B. Foa, Ph.D.

Martín E. Franklin, Ph.D.

Dr. Wayne K. Goodman

Jon E. Grant, JD, MD

Bonnie L. Green, Ph.D.

Richard G. Heimberg, Ph.D.

Dra. Judith L. Herman

Devon E. Hinton, MD, Ph.D.

Stefan G. Hofmann, Ph.D.

Dr. Charles W. Hoge

Terence M. Keane, Ph.D.

Nancy J. Keuthen, Ph.D.

Decano G. Kilpatrick, Ph.D.

Katharina Kircanski, Ph.D.

Dr. Laurence J. Kirmayer

Donald F. Klein, MD, D.Sc.

Amaro J. Laria, Ph.D.

Richard T. LeBeau, MA

Dr. Richard J. Loewenstein

David Mataix-Cols, Ph.D.

Dr. Thomas W. McAllister

Harrison G. Pope, MD, MPH

Ronald M. Rapee, Doctor en Filosofía.

Dr. Steven A. Rasmussen

Patricia A. Resick, Ph.D.

Vedat Sar, MD

Sanjaya Saxena, MD

Paula P. Schnurr, Ph.D.

Dra. M. Katherine Shear

Dra. Daphne Simeón

Harvey S. Singer, MD

Melinda A. Stanley, Ph.D.

James J. Strain, MD

Kate Wolitzky Taylor, Ph.D.

Onno van der Hart, Ph.D.

Eric Vermetten, MD, Ph.D.

John T. Walkup, MD

Sabine Wilhelm, Doctora en Filosofía.

Douglas W. Woods, Doctor en Filosofía.

Richard E. Zinbarg, Ph.D.

José Zohar, MD

Trastornos de la infancia y la adolescencia

Adrián Angold, Ph.D.

Deborah Beidel, Ph.D.

Dr. David Brent

Juan Campo, MD

Dra. Gabrielle Carlson

Prudencia W. Fisher, Ph.D.

David Klonsky, Ph. D.

Mateo Nock, Ph.D.

J. Blake Turner, Ph.D.

Trastornos de la

alimentación Michael J. Devlin, MD

Denise E. Wilfley, Ph.D.

Dra. Susan Z. Yanovski

Trastornos del estado de ánimo

Dr. Boris Birmaher

Yeates Conwell, MD

Ellen B. Dennehy, Ph.D.

S. Ann Hartlage, Doctora en Filosofía.

Jack M. Hettema, MD, Ph.D.

Michael C. Neale, Ph.D.

Gordon B. Parker, MD, Ph.D., D.Sc.

Roy H. Perlis, MD, M.Sc.

Holly G. Prigerson, Ph.D.

Norman E. Rosenthal, MD

Dr. Peter J. Schmidt

985

Mort M. Silverman, MD

Meir Steiner, MD, Ph.D.

Mauricio Tohen, MD, Ph.D., MBA

Sidney Zisook, MD

Trastornos neurocognitivos

Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D.

Vladimir Hachinski, MD, CM, D.Sc.

Sharon Inouye, MD, MPH

Subvención Iverson, Ph.D.

Laura Marsh, MD

Bruce Miller, MD

Jacobo Mintzer, MD, MBA

Bruce G. Pollock, MD, Ph.D.

George Prigatano, Ph.D.

Ron Ruff, Doctor en Filosofía.

Ingmar Skoog, MD, Ph.D.

Robert dulce, MD

Dra. Paula Trzepacz

Trastornos del neurodesarrollo

Ari Ne'eman

Nickola Nelson, Ph. D.

Diana Paul, Ph.D.

Eva Petrova, Ph.D.

Andrew Pickles, Ph.D.

Jan Piek, Ph. D.

Helene Polatajko, Ph.D.

Dra. Alya Reeve

Mabel Rice, Ph.D.

Joseph Sargent, Ph.D.

Bennett Shaywitz, MD

Dra. Sally Shaywitz

Audrey Thurm, Ph.D.

Keith Widaman, Ph. D.

Warren Zigman, Ph.D.

Personalidad y Trastornos de la Personalidad

Eran Chemerinski, MD

Thomas N. Crawford, Doctor en Filosofía.

Dr. Harold W. Koenigsberg

Christian E. Markon, Ph.D.

Rebecca L. Shiner, Ph. D.

Dr. Kenneth R. Silk

Jennifer L. Tackett, Ph.D.

David Watson, Ph. D.

Trastornos psicóticos

Kamaldeep Bhui, MD

Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.

Dr. Richard Douyon

Paolo Fusar-Poli, Ph.D.

Dr. John H. Krystal

Dr. Thomas H. McGlashan

Víctor Peralta, MD, Ph.D.

Anita Riecher-Roessler, MD

María V. Seeman, MD

Trastornos de identidad sexual y de género

Stan E. Althof, Ph.D.

Richard Balón, MD

John HJ Bancroft, MD, MA, DPM

Howard E. Barbaree, Ph.D., MA

Rosemary J. Basson, MD

Sophie Bergeron, Ph.D.

Dra. Anita H. Clayton

David L. Delmonico, Ph.D.

Dominic DiCeglie, MD

Esther Gomez-Gil, M.D.

Jamison Green, Ph. D.

Richard Green, MD, JD

R. Karl Hanson, Ph.D.

Dr. Lawrence Hartmann

Stephen J. Hucker, MB

Eric S. Janus, Doctor en Jurisprudencia

Patrick M. Jern, Doctor en Filosofía.

Megan S. Kaplan, Ph.D.

Raymond A. Knight, Ph.D.

Ellen TM Laan, Ph.D.

Dr. Stephen B. Levine

Christopher G. McMahon, MB

Marta Meana, Ph.D.

Michael H. Miner, Ph.D., MA

William T. O'Donohue, Ph.D.

Michael A. Perelman, Ph.D.

Caroline F. Pukall, Doctora en Filosofía.

Robert E. Pyke, MD, Ph.D.

Vernon L. Quinsey, Ph.D., M.Sc.

David L. Rowland, PhD, MA

Michael Sand, PhD, MPH

Leslie R. Schover, Ph.D., MA

Paul Stern, Licenciatura en Ciencias y Doctorado en Jurisprudencia

David Thornton, Ph. D.

Leonore más profundo, Ph.D.

Douglas E. Tucker, MD

Jacques van Lankveld, Ph.D.

Marcel D. Waldinger, MD, Ph.D.

Trastornos del sueño y la

vigilia Donald L. Bliwise, Ph.D.

Dr. Daniel J. Buysse

Vishesh K. Kapur, MD, MPH

Sanjeeve V. Kothare, MD

Kenneth L. Lichstein, Doctor en Filosofía.

Dr. Mark W. Mahowald

Rachel Manber, Ph. D.

Emmanuel Mignot, MD, Ph.D.

Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.

Dr. Thomas C. Neylan

Maurice M. Ohayon, MD, D.Sc., Ph.D.

Judith Owens, MD, MPH

Dr. Daniel L. Picchietti

Stuart F. Quan, MD

Thomas Roth, Ph. D.

Dr. Daniel Weintraub

986

Teresa B. Young, Ph.D.

Phyllis C. Zee, MD, Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos

Brenda Bursch, Ph.D.

Dr. Kurt Kroenke

W. Curt LaFrance Jr., MD, MPH

Jon Stone, MB, Ch.B., Ph.D.

Dra. Lynn M. Wegner

Trastornos relacionados con sustancias

Raymond F. Anton Jr., MD

Deborah A. Dawson, Ph.D.

Roland R. Griffiths, Ph.D.

Dorothy K. Hatsukami, Ph.D.

Dr. John E. Helzer

Marilyn A. Huestis, Ph.D.

Dr. John R. Hughes

Laura M. Juliano, Ph.D.

Thomas R. Costo, MD

Dra. Nora D. Volkow

Grupo de estudio DSM-5 y otros asesores del grupo DSM-5

Enfoques de desarrollo de la vida útil Christina

Bryant, Ph.D.

Goma de ámbar, Ph.D.

Dr. Thomas Meeks

Jan Mohlman, Ph. D.

Steven Thorp, Doctor en Filosofía.

Julie Wetherell, Ph.D.

Cuestiones de género y transculturales

Neil K. Aggarwal, MD, MBA, MA

Sofie Bäärnhielm, MD, Ph.D.

José J. Bauermeister, Ph.D.

James Boehnlein, MD, M.Sc.

Dr. Jaswan Guzder

Alejandro Interian, Ph.D.

Sushrut S. Jadhav, MBBS, MD, Ph.D.

Dr. Laurence J. Kirmayer

Dr. Alex J. Kopelowicz

Amaro J. Laria, Ph.D.

Steven R. López, Ph.D.

Dr. Kwame J. McKenzie

Dr. John R. Peteet

Hans (JGBM) Rohlof, MD

Dra. Cecile Rousseau

Mitchell G. Weiss, MD, Ph.D.

Interfaz médica general/psiquiátrica Daniel

L. Coury, MD

Dr. Bernard P. Dreyer

Dra. Danielle Laraque

Dra. Lynn M. Wegner

Deficiencia y Discapacidad

Prudence W. Fisher, Ph.D.

Martin Prince, MD, M.Sc.

Michael R. Von Korff, Sc.D.

Instrumentos de evaluación diagnóstica

Prudence W. Fisher, Ph.D.

Robert D. Gibbons, Ph.D.

Ruben Gur, Ph.D.

Dr. John E. Helzer

John Houston, MD, Ph.D.

Dr. Kurt Kroenke

Otros Colaboradores/Consultores

TDAH y Trastornos de Conducta Disruptiva

Patrick E. Shrout, Ph.D.

Erik Willcutt, Ph.D.

Ansiedad, Espectro Obsesivo-Compulsivo, Postraumática y Trastornos disociativos

Etzel Cardeña, Ph.D.

Richard J. Castillo, Ph.D.

Dr. Eric Hollander

Dr. Charlie Marmar

Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D.

Marcos W. Miller, Ph.D.

Dr. Mark H. Pollack

Heidi S. Resnick, Doctora en Filosofía.

Trastornos de la infancia y la adolescencia

Gracia T. Baranek, Ph.D.

Colleen Jacobson, Ph. D.

Maria Oquendo, M.D.

Dr. Michael Rutter

Trastornos de la

alimentación Nancy L. Zucker, Ph.D.

Trastornos del estado de ánimo

Keith Hawton, MD, Ph.D.

David A. Jobes, Ph.D.

Maria A. Oquendo, M.D.

Dr. Alan C. Swann

987

Trastornos neurocognitivos

J. Eric Ahlskog, MD, Ph.D.

Dr. Allen J. Aksamit

Marilyn Albert, Doctora en Filosofía.

Dr. Guy Mchann

Dr. Bradley Boeve

Dra. Helena Chui

Sureyya Dikmen, Ph. D.

Douglas Galasko, MD

Harvey Levin, Ph.D.

Mark Lovell, Ph. D.

Jeffery Max, MBBCh.

Dr. Ian McKeith

Cynthia Munro, Ph.D.

Marlene Oscar-Berman, Ph.D.

Alexander Troster, Ph. D.

Trastornos del neurodesarrollo

Anna Barnett, Ph.D.

Dra. Martha Denckla

Jack M. Fletcher, Ph.D.

Dido Green, Ph.D.

Stephen Greenspan, Ph.D.

Bruce Pennington, Ph. D.

Dra. Ruth Shalev

Larry B. Silver, MD

Lauren Swineford, Doctora en Filosofía.

Dr. Michael Von Aster

Personalidad y Trastornos de la Personalidad

Patricia R. Cohen, Ph.D.

Jaime L. Derringer, Ph.D.

Dra. Lauren Helm

Christopher J. Patrick, Ph.D.

Anthony Pinto, Ph.D.

Trastornos psicóticos

Scott W. Woods, MD

Trastornos de identidad sexual y de género

Alan J. Riley, M.Sc.

Ray C. Rosen, Ph.D.

Trastornos del sueño y la

vigilia Jack D. Edinger, Ph.D.

David Gozal, M.D.

Hochang B. Lee, MD

Tore A. Nielsen, Ph.D.

Dr. Michael J. Sateia

Jamie M. Zeitzer, Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos

Chuck V. Ford, MD

Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., MD

Trastornos relacionados con sustancias

Sally M. Anderson, Ph.D.

Julie A. Kable, Ph.D.

Christopher Martín, Ph.D.

Sarah N. Mattson, Doctora en Filosofía.

Edward V. Nunes Jr., MD
Mary J. O'Connor, Ph.D.
Heather Carmichael Olson, Ph.D.
Blair Paley, Ph. D.
Edward P. Riley, Ph.D.
Tulshi D. Saha, Ph.D.
Wim van den Brink, MD, Ph.D.
Dr. George E. Woody

Espectros de diagnóstico y armonización DSM/ICD

Bruce Cuthbert, Ph.D.

Enfoques de desarrollo de la vida útil

Aartjan Beekman, Ph.D.

Alistair Flint, MB

Dr. David Sultzer

Dra. Ellen Whyte

Cuestiones de género y transculturales

Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.

Kavoos G. Bassiri, MS

Venkataramana Bhat, MD

Caldera Marit, MPH

Paul Brodwin, Ph. D.

Denise Canso, M.Sc.

Richard J. Castillo, Ph.D.

Smita N. Deshpande, MD, DPM

Dr. Ravi DeSilva

Esperanza Diaz, M.D.

Byron J. Bueno, Ph.D.

Simón Verde, MA

Peter J. Guarnaccia, Ph.D.

Devon E. Hinton, MD, Ph.D.

Dr. Ladson Hinton
Lincoln I. Khasakhala, Ph.D.
Francisco G. Lu, MD
Atenea Madan, MA
Anne W. Mbwayo, Ph.D.
Oanh Meyer, Ph.D.
Victoria N. Mutiso, Ph.D., D.Sc.
Dr. David M. Ndetei
Andel V. Nicasio, MSEd.
Vasudeo Paralikar, MD, Ph.D.
Canaco Patil, MA
Filipa I. Santos, HBSc.
Sanjeev B. Sarmukaddam, Ph.D., M.Sc.
Mónica Z. Scalco, MD, Ph.D.
Katie Thompson, MA
Dr. Hendry Ton, M.Sc.
Rob CJ van Dijk, M.Sc.

988

William A. Vega, Ph.D.
Johann M. Vega-Dienstmaier, MD
Sergio J. Villaseñor-Bayardo, M.D., Ph.D.
Joseph Westermeyer, MD, Ph.D.

Interfaz médica general/psiquiátrica Daniel
J. Balog, MD

Charles C. Engel, MD, MPH
Dr. Charles D. Motsinger

Deficiencia y Discapacidad

Cille Kennedy, Ph.D.

Instrumentos de evaluación diagnóstica

Paul J. Pikonis, Doctor en Filosofía.

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica William E. Narrow, MD, MPH, **Presidente** Roger Peele, MD

Lawson R. Wulsin, MD

Dr. Charles H. Zeanah

Prudence W. Fisher, Ph.D., **Asesora**

Stanley N. Caroff, MD, **Colaborador/Consultor**

James B. Lohr, MD, **Colaborador/Consultor**

Marianne Wambolt, Ph.D., **Colaborador/Consultor**

Grupo de Investigación

DSM-5 Allan Donner, Ph.D.

Revisores pares de CPHC

Dr. Kenneth Altshuler

Pedro G. Alvarenga, M.D.

Dra. Diana J. Antonacci

Richard Balón, MD

David H. Barlow, Ph.D.

Dr. L. Jarrett Barnhill

Katja Beesdo-Baum, Ph.D.

Marty Boman, Ed.D.

Dr. James Bourgeois

Dr. David Braff

Dra. Harry Brandt

Kirk Brower, MD

Rachel Bryant-Waugh, Doctora en Filosofía.

Jack D. Burke Jr., MD, MPH

Brenda Bursch, Doctora en Filosofía.

José Camilleri, MD

Dra. Patricia Casey
Dr. F. Xavier Castellanos
Dr. Eran Chemerinski
Wai Chen, MD
Elie Cheniaux, MD, D.Sc.
Dra. Cheryl Chessick
Dr. J. Richard Ciccone
Dra. Anita H. Clayton
Tihalia J. Coleman, Ph.D.
Dr. John Cernansky
Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.
Dra. Joanne L. Davis
David L. Delmonico, Ph.D.
Ray J. DePaulo, MD
Dimitris Diceos, MD
Dra. Ina E. Djonalagic
Dr. C. Neill Epperson
Javier I. Escobar, MD, M.Sc.
Spencer Eth, MD
Dr. David Fassler
Dr. Giovanni A. Fava
Dr. Robert Feinstein
Molly Finnerty, MD
Dr. Mark H. Fleisher
Dr. Alessio Florentini
Dra. Laura Fochtmann
Mariscal Forstein, MD
Guillermo Francés, MD
Dr. Maximiliano Gahr
Dra. Cynthia Geppert
Ann Germaine, Ph.D.

Marcia Goin, MD
David A. Gorelick, M.D., Ph.D.
Dr. David Graeber
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Andreas Hartmann, MD
Dra. Victoria Hendrick
Merrill Herman, MD
Dr. David Herzog
Mardi Horowitz, MD
Ya-fen Huang, MD
Anthony Kales, MD
Niranjan S. Karnik, MD, Ph.D.
Dr. Jeffrey Katzman
Bryan Rey, MD
Dra. Cecilia Kjellgren
Dr. Harold W. Koenigsberg
Dr. Richard B. Krueger
Dr. Steven Lamberti
Ruth A. Lanius, MD
Dr. John Lauriello
Dr. Anthony Lehman
Dr. Michael Linden
Dr. Mark W. Mahowald
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Dr. Stephen Marder
Dra. Wendy Marsh
Michael S. McCloskey, Ph.D.

Dr. Robert Michels
Laura Miller, MD
Dr. Michael C. Miller
Federico Moeller, MD
Peter T. Morgan, MD, Ph.D.
Madhav Muppa, MD
Por Philip Musk, MD
Dr. Joachim Nitschke
Abraham Nussbaum, MD
Dra. Ann Olincy
Mark Onslow, Ph. D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
Dr. John R. Peteet
Ismene L. Petrakis, MD
Dr. Christophe M. Pfeiffer
Dra. Karen Pierce
Dra. Belinda Plattner
Franklin Putnam, MD
Stuart F. Quan, MD
Dr. John Racy
Phillip Resnick, MD
Michele Riba, M.D.
Dr. Jerold Rosenbaum
Esteban Ross, MD
Lawrence Scahill, MSN, Ph.D.
Dr. Daniel Schechter
María V. Seeman, MD
Alessandro Serretti, MD
Jianhua Shen, MD
Ravi Kumar R. Singareddy, MD
Ingmar Skoog, MD, Ph.D.

Gary Small, MD
Pablo Soloff, MD
Christina Stadler, MD, Ph.D.
Nada Stotland, M.D.
Dr. Neil Swerdlow
Kim Tillery, Ph.D.
David Tolin, Ph.D.
Dra. Jayne Trachman
Lucas Tsai, MD
Ming T. Tsuang, MD, Ph.D.
Dr. Richard Tuch
Dr. Johan Verhulst
Dr. B. Timothy Walsh
Dr. Michael Weissberg
Godehard Menos, MD
Keith Widaman, Ph. D.
Dr. Thomas Wise
George E. Woods, MD
Kimberly A. Yonkers, MD
Alejandro Young, MD

**Ensayos de campo del DSM-5 en centros clínicos académicos: adultos
Muestras**

Escuela de Medicina David Geffen, Universidad de California,
Los Angeles

Investigadora

Helen Lavretsky, MD, investigadora principal
que deriva **y entrevista a médicos** Jessica
Brommelhoff, Ph.D.
Xavier Cagigas, Ph.D.

Paul Cernin, Ph. D.

Linda Ercoli, Ph.D.

Randall Espinoza, MD

Dra. Helen Lavretsky

Jeanne Kim, Doctora en Filosofía.

Dr. David Merrill

Karen Miller, Doctora en Filosofía.

Christopher Núñez, Ph.D.

Coordinadores de Investigación

Natalie St. Cyr, MA, coordinadora principal de
investigación Nora Nazarian, BA

Colin Shinn, MA

**Centro de Adicciones y Salud Mental, Toronto, Ontario,
Canada**

Investigadores

Bruce G. Pollock, MD, Ph.D., Investigador Principal Principal R.

Michael Bagby, Ph.D., Investigador Principal Kwame J. McKenzie,
MD, Investigador Principal Tony P. George, MD, Co-investigador
Lena C. Quilty, Ph.D., Co-investigador Peter Voore, MD, Co-
investigador

Referir y entrevistar a médicos Donna E.

Akman, Ph.D.

R. Michael Bagby, Ph.D.

Wayne CV Baici, MD

Crystal Baluyut, MD

Eva WC Chow, MD, JD, MPH

ZJ Daskalakis, MD, Ph.D.

Pablo Diaz-Hermosillo, M.D.

George Foussias, M.Sc., MD

990

Paul A. Frewen, Ph.D.

Ariel Graff-Guerrero, MD, M.Sc., Ph.D.

Margaret K. Hahn, MD

Lorena Hsu, Ph.D.

Justine Joseph, Ph.D.

Sean Kidd, Ph.D.

Dr. Kwame J. McKenzie

Mahesh Menon, Ph.D.

Romina Mizrahi, MD, Ph.D.

Daniel J. Mueller, MD, Ph.D.

Lena C. Quilty, Ph.D.

Anthony C. Ruocco, Ph.D.

Dr. Jorge Soni

Aristóteles N. Voineskos, MD, Ph.D.

Dr. George Voineskos

Peter Voore, Ph. D.

Chris Watson, Ph. D.

Clínicos que derivan

Ofer Agid, MD

Ceniza Bender, MD

Dra. Patricia Cavanagh

Dra. Sarah Colman

Dr. Vincenzo Deluca

Justin Geagea, MD

Dr. David S. Goldbloom

Dr. Daniel Greben

Dra. Malati Gupta

Dr. Ken Harrison

Dr. Imraan Jeeva

Joel Jeffries, MB

Judith Laposa, Ph.D.

Jan Malat, MD

Shelley McMain, Ph.D.

Bruce G. Pollock, MD, Ph.D.

Andriy V. Samokhvalov, MD, Ph.D.

Martín Strassnig, MD

Albert HC Wong, MD, Ph.D.

Coordinadores de Investigación

Gloria I. Leo, MA, coordinadora principal de
investigación Anissa D. Bachan, BA

Bahar Haji-Khamneh, MA

Olga Likhodi, M.Sc.

Eleanor J. Liu, Ph.D.

Sarah A. McGee Ng, Licenciada en Administración de Empresas

Otro personal de investigación

Susan E. Dickens, MA, Gerente de Investigación Clínica

Sandy Richards, B.Sc.N., Gerente de Investigación de Esquizofrenia

Centro médico de veteranos de Dallas, Dallas, Texas

Investigadores

Carol S. North, MD, MPE, investigadora principal Alina

Suris, Ph.D., ABPP, investigadora principal que deriva y

entrevista a médicos Barry Adolf, Psy.D.

Dra. Abila Awan

Dr. Joel Baskin

John Black, Ph.D.

Jeffrey Dodds, Ph. D.

Gloria Emmett, Doctora en Filosofía.

Dra. Karma Hudson

Jamylah Jackson, Doctora en Filosofía, ABPP

Lynda Kirkland-Culp, Doctora en Filosofía, ABPP

Heidi Koehler, Ph. D., ABPP

Elizabeth Lewis, Psy.D.

Ashish Parikh, MD

Reed Robinson, Ph.D.

Dr. Jheel Shah

Dra. Geetha Shivakumar

Sarah España, Ph.D., ABPP

Lisa Thoman, Doctora en Filosofía.

Lía Thomas, MD

Jamie Zabukovec, Psy.D.

Dr. Mustafa Zaidi

Andrea Zartman, Ph.D.

Fuentes generales de referencia

Robert Blake, LMSW

Evelyn Gibbs, LMSW

Michelle King-Thompson, LMSW

Coordinadores de Investigación

Jeannie B. Whitman, Ph.D., coordinadora principal de

investigación Sunday Adewuyi, MD

Elizabeth Anderson, BA

Solaleh Azimipour, BS

Carissa Barney, Licenciada en Ciencias

Kristie Cavazos, B.A.

Robert Devereaux, Licenciado en Ciencias

Dana Downs, MS, RSU

Sharjeel Farooqui, MD

Julia Smith, Psy.D.

Kun-Ying H. Sung, BS

991

Facultad de Medicina, Universidad de Texas San Antonio, San Antonio, Texas

Investigador

Mauricio Tohen, MD, Dr.PH, MBA, investigador principal que deriva y
entrevista a médicos Suman Baddam, Psy.D.

Dr. Charles L. Bowden

Nancy Diazgranados, MD, MS

Craig A. Dike, Doctor en Psicología.

Dianne E. Dunn, Psy.D., MPH

Dra. Elena Germán

Jodi M. Gonzalez, Ph.D.

Pablo Gonzalez, MD

Phillip Lai, Doctor en Psicología.

Natalie Maples-Aguilar, MA, LPA

Marlon P. Quiñones, MD

Jeslina J. Raj, Psy.D.

David L. Roberts, Ph.D.

Nancy Sandusky, RN, FPMHNP-BC, DNP-C.

Donna S. Stutes, MS, LPC

Mauricio Tohen, MD, Ph.D., MBA

Amanecer I. Velligan, Ph.D.

Weiran Wu, MD, Ph.D.

Médicos remitentes Albana

Dassori, MD

megan frederick
Robert Gonzalez, MD
Si Kasinath, MD
Camis Milam, MD
Dr. Vivek Singh
Dr. Peter Thompson

Coordinadores de Investigación

Melissa Hernandez, B.A., Lead Research Coordinator
Fermin Alejandro Carrizales, B.A.
Martha Dahl, RN, BSN
Patrick M. Smith, BA
Nicole B. Watson, MA

**Michael E. DeBakey VA Medical Center y Menninger Clinic,
Houston, Texas (sitio de estudio conjunto)**

Centro médico de veteranos Michael E. DeBakey

Investigadora

Laura Marsh, MD, investigadora principal que
deriva y entrevista a médicos Shalini
Aggarwal, MD
Su Bailey, Ph.D.
Minnette (Helen) Beckner, Ph.D.
Dra. Crystal Clark
Dr. Charles DeJohn
Dr. Roberto Garza
Dra. Aruna Gottumakkla
Dra. Janet Hickey
James Irlanda, MD
Mary Lois Lacey, APRN
Dra. Wendy Leopoulos

Laura Marsh, MD
Deleene Menefee, Ph.D.
Brian I. Miller, Ph.D.
Candy Smith, Ph. D.
Ávila Steele, Ph.D.
Jill Wanner, Ph. D.
Rachel Wells, Ph. D.
Kaki York-Ward, Ph.D.

Médicos remitentes Sara

Allison, MD
Leonard Denney, LCSW
Catalina Flores, LCSW
Dra. Nathalie Marie
Dr. Christopher Martín
Dr. Sanjay Mathew
Dra. Erica Montgomery
Gregory Scholl, Pensilvania
Jocelyn Ulanday, MD, MPH

Coordinadores de Investigación

Sarah Neely Torres, BS, coordinadora principal de
investigación Kathleen Grout, MA

Lea Kiefer, MPH

Jana Tran, MA

Asistentes de investigación voluntarios

catalina clark

Linh Hoang

992

Clínica Menninger

Investigador

Efrain Bleiberg, MD, investigador principal que
deriva y entrevista a médicos Jennifer
Baumgardner, Ph.D.
Elizabeth Dodd Conaway, LCSW, BCD
Warren Christianson, D.O.
Wesley Clayton, LMSW
J. Christopher Fowler, Ph.D.
Michael Groat, Ph.D.
Dra. Edythe Harvey
Denise Kagan, Ph.D.
Hans Meyer, LCSW
Segundo Robert-Ibarra, M.D.
Dra. Sandhya Trivedi
Rebecca Wagner, Ph. D.
Harrell Woodson, Ph.D.
Amanda Yoder, LCSW

Clínicos remitentes

James Flack, MD

Dr. David Ness

Coordinadores de Investigación

Steve Herrera, BS, MT, coordinador principal de
investigación Allison Kalpakci, BA

Clínica Mayo, Rochester, Minnesota

Investigadores

Mark A. Frye, MD, Investigador principal Glenn
E. Smith, Ph.D., Investigador principal Jeffrey P.
Staab, MD, MS, Investigador principal Remisión y
entrevista a médicos Osama Abulseoud, MD

Jane Cerhan, Doctora en Filosofía.

Julie Fields, Ph.D.

Dr. Mark A. Frye

Manuel Fuentes, MD

Dr. Yonas Geda

Dra. María Harmandayan

Rey Reba, MD

Simón Kung, MD

María Machuda, Ph.D.

Dr. Donald McAlpine

Dr. Alastair McKean

Dra. Juliana Moraes

Dra. Teresa Rummans

Dr. James R. Rundell

Richard Seime, Doctor en Filosofía.

Glenn E. Smith, Ph.D.

Cristóbal Sola, DO

Jeffrey P. Staab, MD, MS

Marin Veldic, MD

Dr. Mark D. Williams

Maya Yustis, Ph.D.

Coordinadores de Investigación

Lisa Seymour, BS, coordinadora principal de

investigación Scott Feeder, MS

Lee Gunderson, BS

Sherrie Hanna, MA, LP

Kelly Harper, BA

Katie Mingo, BA

Cynthia Stoppel, AS

Otro personal del estudio

ana frey
andrea hogan

Facultad de Medicina Perelman, Universidad de Pensilvania,
Filadelfia, Pensilvania

Investigadores

Mahendra T. Bhati, MD, Investigador principal
Marna S. Barrett, Ph.D., Co-investigador Michael
E. Thase, MD, Co-investigador **Refiriéndose y**
entrevistando a médicos Peter B. Bloom, MD

Nicole K. Chalmers, LCSW
Torrey A. Credo, Ph.D.
Mario Cristancho, M.D.
Amy Cunningham, Psy.D.
John P. Dennis, Ph.D.
Josefina Elia, MD
Peter Gariti, Ph.D., LCSW
Philip Gehrman, Ph. D.
Dra. Laurie Gray
Emily AP Haigh, Ph.D.
Nora J. Johnson, MBA, MS, Psy.D.
Pablo Knapp, MD
Yong-Tong Li, MD
Bill Mace, Ph.D.
Kevin S. McCarthy, Ph.D.
Dimitri Perivoliotis, Ph.D.
Lucas Schultz, Ph.D.

Tracy Steen, Ph.D.
Chris Tjoa, MD
Nancy A. Wintering, LCSW

Médicos remitentes

Eleanor Ainslie, MD
Kelly C. Allison, Ph.D.
Dra. Rebecca Aspden
Dra. Claudia F. Baldassano
Vijayta Bansal, MD
Rachel A. Bennett, MD
Richard Bollinger, Ph. D.
Dra. Andrea Bowen
Karla Campanella, MD
Antonio Carlino, MD
Noah Carroll, MSS
Dra. Alysia Cirona
Dr. Samuel Collier
Andreea Crauciuc, LCSW
Pilar Cristancho, MD
Traci D'Almeida, M.D.
Dra. Kathleen Diller
Benoit Dube, MD
Jon Dukes, MSW
Dra. Lauren Elliott
Mira Elwell, BA
Dra. Mia Everett
Lucy F. Faulconbridge, Ph.D.
Patricia Furlan, Ph.D.
Joanna Goldstein, LCSW
Paul Grant, Ph. D.

Jillian Graves, LCSW
Tamar Gur, MD, Ph.D.
Alisa Gutman, MD, Ph.D.
Dra. Nora Hymowitz
Sofía Jensen, MD
Tiffany King, MSW
Dra. Katherine Levine
Dra. Alice Li
Luz de Janet, LCSW
John Listerud, MD, Ph.D.
Emily Malcoun, Ph.D.
Dr. Donovan Maust
Adam Meadows, MD
Michelle Moyer, MD
Rebecca Naugle, LCSW
Cory Newman, Ph. D.
John Northrop, MD, Ph.D.
Elizabeth A. Ellis Ohr, Psy.D.
Dr. John O'Reardon
Abraham Pachikara, MD
Andrea Perelman, MSW
Diana Perez, M.S.W.
Dra. Bianca Previdi
J. Russell Ramsay, Ph.D.
Jorge Rivera-Colon, M.D.
Jan Smedley, LCSW
Katie Struble, MSW
Dra. Aita Susi
Dra. Yekaterina Tatarchuk
Ellen Tarves, MA
Dra. Allison Tweedie

Dra. Holly Valerio

Thomas A. Wadden, Ph.D.

Joseph Wright, Ph. D.

Yan Xuan, MD

David Yusko, Psy.D.

Coordinadores de Investigación

Jordan A. Coello, BA, coordinador principal de investigación

Eric Wang, BSE

Asistentes/pasantes de investigación voluntarios

Jeannine Barker, MA, ATR

Jacqueline Baron

Kelsey Bogue

Alexandra Ciomek

Martekuor Dodoo, BA

julian domenico

Laura Heller, BA

Leah Hull-Rawson, BA

Jacquelyn Klehm, BA

cristina lam

Dante Proetto, BS

Molly Roy

Casey Shannon

Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, Stanford, California

Investigadores

Carl Feinstein, MD, Investigador principal Debra

Safer, MD, Investigadora principal **Refiriéndose y**

entrevistando a médicos Kari Berquist, Ph.D.

Eric Clausell, Ph.D.

Danielle Colborn, Doctora en Filosofía.

Dra. Whitney Daniels

Alison Darcy, Ph.D.

Dra. Krista Fielding

Mina Fisher, MD

Kara Fitzpatrick, Ph.D.

Dra. Wendy Froehlich

Gracia Gengoux, Ph.D.

Anna Cassandra Golding, Ph.D.

Lisa Goesz, Ph.D.

Dr. Kyle Hinman

Rob Holaway, Ph.D.

Dr. Matthew Holve

Dr. Rex Huang

Dra. Nina Kirz

994

Megan Klabunde, Ph.D.

John Leckie, Doctor en Filosofía.

Dra. Naomi Leslie

Dra. Adrianne Lona

Dr. Ranvinder Rai

Rebecca Rialon, Ph.D.

Beverly Rodríguez, MD, Ph.D.

Debra Safer, MD

María Sanders, Ph.D.

Jamie Scaletta, Ph.D.

Norah Simpson, Doctora en Filosofía.

Manpreet Singh, MD

María-Christina Stewart, Ph.D.

Melissa Vallas, MD

Patrick Whalen, Ph. D.

Sanno Zack, Ph.D.

Médicos de referencia

Robin Apple, Ph.D.

Víctor Carrión, MD

Dr. Carl Feinstein

Christine Gray, Doctora en Filosofía.

Antonio Hardan, M.D.

Megan Jones, Psy.D.

Linda Lotspeich, MD

Lauren Mikula, Psy.D.

Brandyn Street, Ph.D.

Violeta Tan, M.D.

Heather Taylor, Doctora en Filosofía.

Jacob Towery, MD

Sharon Williams, Ph. D.

Coordinadores de Investigación

Kate Arnow, BA, coordinadora principal de investigación Nandini Datta, BS

Stephanie Manasse, BA

Asistentes/pasantes de investigación voluntarios

Arianna Martín, MS

Adriana Nevado, B.A.

Hospital de Niños de Colorado, Aurora, Colorado

Investigadora

Marianne Wamboldt, MD, investigadora principal que deriva y entrevista a médicos Galia Abadi, MD

Steven Behling, Ph.D.
Jamie Blume, Ph.D.
Dr. Adam Burstein
Dra. Debbie Carter
Kelly Caywood, Ph. D.
Meredith Chapman, MD
Paulette Christian, APPMHN
María Cook, MD
Anthony Cordaro, MD
Dra. Audrey Dumas
Dr. Guido Frank

Karen Frankel, Doctora en Filosofía.
Darryl Graham, Ph. D.
Yael Granader, Ph.D.
Dra. Isabelle Guillemet
Patrece Hairston, Ph.D.
Charles Harrison, Ph. D.
Tammy Herckner, LCSW
Dra. Cassie Karlsson
Dra. Kimberly Kelsay
David Kieval, Ph.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
Jaimelyn Kost, LCSW
Harrison Levine, MD
Cuervo Lipmanson, MD
Dra. Susan Lurie
Asa Marokus, MD
Idalia Massa, Ph.D.
Christine McDunn, Ph. D.
Scot McKay, MD
Marissa Murgolo, LCSW

Alyssa Öland, Ph.D.
Lina Patel, Ph.D.
Rheena Pineda, Ph.D.
Dr. Gautam Rajendran
Diana Reichmuth, Ph.D.
Dr. Michael Rollin
Marlena Romero, LCSW
Michelle Roy, Ph. D.
Celeste St. John-Larkin, MD
Elise Sannar, Ph.D.
Dr. Daniel Savin
Claire Dean Sinclair, Ph.D.
Ashley Smith, LCSW
Mindy Salomón, Ph.D.
Sally Tarbell, Ph.D.
Helen Thilly, LCSW
Sara Tlustos-Carter, Ph.D.
Holly Vause, APPMHN
Marianne Wamboldt, MD
Ángela Ward, LCSW
Jason Williams, Doctor en Filosofía.
Jason Willoughby, Doctor en Filosofía.
Brennan Young, Ph. D.

Médicos remitentes Kelly
Bhatnagar, Ph.D.
Jeffrey Dolgan, Ph.D.
Jennifer Eichberg, LCSW
Dra. Jennifer Hagman
James Masterson, LCSW

Parque Hy Gia, Maryland

Tami Roblek, Ph.D.

Wendy Smith, Ph. D.

Dr. David Williams

Coordinadores de Investigación

Laurie Burnside, MSM, CCRC, coordinadora principal de investigación

Darci Anderson, BA, CCRC

Heather Kennedy, MPH

Amanda Millar, B.A.

Vanessa Waruinge, BS

Elizabeth Wallace, licenciada en letras

Asistentes/pasantes de investigación voluntarios

Sabiduría Amouzou

ashley anderson

miguel richards

Mateya Whyte

Centro Médico Baystate, Springfield, Massachusetts

Investigadores

Bruce Waslick, MD, Investigador principal Cheryl

Bonica, Ph.D., Co-investigador John Fanton, MD,

Co-investigador Barry Sarvet, MD, Co-investigador

Refiriéndose y entrevistando a médicos Julie

Berman, RN, MSN, NP

Cheryl Bonita, Ph.D.

Jodi Devine, LICSW

William Fahey, Ph. D.

Dr. John Fanton

Stéphane Jacobus, Ph.D.

Barry Horns, MD

Peter Thunfors, Ph.D.

Dr. Bruce Waslick

Vicki Weld, LICSW

Sara Wiener, LICSW

Dra. Shadi Zaghloul

Médicos remitentes Sarah

Detenber, LICSW

Gordon Garrison, LICSW

Jacqueline Humpreys, LICSW

Noreen McGirr, LICSW

Sarah Marcotte, LCSW

Patricia Rogowski, RN, SNC

Coordinadores de Investigación

Julie Kingsbury, CCRP, coordinadora principal de investigación

Brenda Martin, BA

Asistente de Investigación Voluntario/Pasante

Liza Detenber

Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York, Nueva York, NY, Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions, New York and White Plains, NY, y North Shore Child and Family Guidance Center, Roslyn Heights, NY

(Sitio de estudio conjunto)

Investigador

Prudence W. Fisher, Ph.D., Investigador Principal

Coordinadores de Investigación

Julia K. Carmody, BA, coordinadora principal de investigación

Zvi R. Shapiro, BA, coordinadora principal de investigación

voluntarios

Preeya Desai
samantha keller

Jeremy Litfin, MA
Sarah L. Pearlstein, BA
Cedilla Sacher

Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York

Referir y entrevistar a médicos Michele Cohen,
LCSW

Eduvigis Cruz-Arrieta, Ph.D.

Miriam Ehrensaft, Ph.D.

Dr. Laurence Greenhill

Schuyler Henderson, MD, MPH

Sharlene Jackson, Ph.D.

Dra. Lindsay Moskowitz

Sweene C. Óscar, Ph.D.

996

Dra. Xenia Protopopescu

James Rodriguez, Ph.D.

Dr. Gregory Tau

Melissa Tebbs, LCSW

Carolina Velez-Grau, L.C.S.W.

Dra. Khadijah Booth Watkins

Clínicos remitentes

George Alvarado, MD

Alison Baker, MD

Elena Barón, Psy.D.

Lincoln Bickford, MD, Ph.D.

Zachary Blumkin, Psy.D.

Colleen Cullen, LCSW
Chyristianne DeAlmeida, Ph.D.
Dr. Matthew Ehrlich
Dra. Eve Friedl
Clare Gaskins, Ph.D.
Alice Greenfield, LCSW
Dra. Liora Hoffman
Dra. Kathleen Jung
Karimi Mailutha, MD, MPH
Valentina Nikulina, Ph.D.
Tal Reis, Ph.D.
Moira A. Rynn, MD
Jazmín Sawhney, MD
Sarajbit Singh, MD
Dra. Katherine Stratigos
Dr. Oliver Stroeh
Russell Tobe, MD
Tumba de Meghan, Ph.D.
Michelle Tricamo, MD

Coordinadores de Investigación
Angel A. Caraballo, M.D.
Erica M. Chin, Ph.D.
Dr. Daniel T. Chrzanowski
Tess Dougherty, BA
Stephanie Hundt, MA
Moira A. Rynn, MD
Deborah Stedge, RN

Colegio Médico Weill Cornell, Payne Whitney y
Divisiones de Westchester

Referir y entrevistar a médicos Archana Basu,

Ph.D.

Shannon M. Bennett, MD

Maria De Pena-Nowak, M.D.

Jill Feldman, LMSW

Dr. Dennis Gee

Jo R. Hariton, Ph.D.

Dra. Lakshmi P. Reddy

Dra. Margaret Yoon

Clínicos remitentes

Margo Benjamin, MD

vanessa bobb, md

Dra. Elizabeth Bochtler

Cueva de Katie, LCSW

Maalobeeka Gangopadhyay, MD

Dra. Jodi Gold

Dra. Tejal Kaur

Dr. Aaron Krasner

Amy Miranda, LCSW

Dra. Cynthia Pfeffer

James Rebeta, Ph.D.

Dra. Sharon Skariah

Jeremy Stone, Ph.D.

Dirk Winter, MD

Coordinadores de Investigación

Alex Eve Keller, BS, coordinadora principal de
investigación Nomi Bodner (voluntaria)

Barbara L. Flye, Ph.D.

Jamie S. Neiman (voluntario)

Rebecca L. Rendleman, MD

Centro de orientación para niños y familias de North Shore

Referir y entrevistar a médicos Casye

Brachfeld-Launer, LCSW

Susan Klein Cohen, Ph.D.

Amy Gelb, LCSW-R.

Jodi Glasser, LCSW

Elizabeth Goulding-Tag, LCSW

Deborah B. Kassimir, LCSW

Margo Posillico Messina, LCSW

Andrea Moullin-Heddle, LMSW

Lisa Pineda, LCSW

Elissa Smilowitz, LCSW

Clínicos remitentes

Regina Barros-Rivera, LCSW-R. Directora Ejecutiva Adjunta Maria Christiansen, BS

Amy Davies-Hollander, LMSW

Eartha Hackett, MSEd., M.Sc., B.Sc.

Bruce Kaufstein, LCSW-R., Director de Servicios Clínicos

Kathy Knaust, LCSW

John Levinson, LCSW-R., BCD

Andrew Maleckoff, LCSW, Director Ejecutivo/CEO Sarah

Rosen, LCSW-R., ACSW

Abigail Rothenberg, LMSW

997

Christine Scotten, ACSW

Michelle Spatano, LCSW-R.

Diane Straneri, MS, RN, CS

Rosara Torrisi, LMSW

Rob Vichnis, LCSW

Coordinadores de Investigación

Toni Kolb-Papetti, LCSW

Sheena M. Dauro (voluntaria)

Estudio piloto de pruebas de campo del DSM-5, Johns Hopkins Medical Institución, Baltimore, Maryland

Muestra para adultos

Programa ambulatorio de psiquiatría comunitaria, Departamento de
Campus Principal de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento

Investigadores

Bernadette Cullen, MB, B.Ch., BAO, investigadora principal Holly C.
Wilcox, Ph.D., investigadora principal

Referir y entrevistar a médicos Bernadette

Cullen, MB, B.Ch., BAO

Shane Grant, LCSW-C.

Charee verde, LCPC

Emily Lorensen, LCSW-C.

Kathleen Malloy, LCPC

Gary Pilarchik, LCSW-C.

Holly Slater, LCPC

Dr. Stanislav Spivak

Fricción Spencer Turner, LCPC

Nicholas Seldes Windt, LCSW-C.

Coordinadores de Investigación

Mellisha McKitty, BA

Alison Recién llegado, MHS

Muestra pediátrica

Programa Ambulatorio de Niños y Adolescentes, Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento Bayview Medical Center

Investigadores

Joan P. Gerring, MD, investigadora principal

Leslie Miller, MD, investigadora principal Holly

C. Wilcox, Ph.D., coinvestigadora que deriva y

entrevista a médicos Shannon Barnett, MD

Gwen Condon, LCPC

Becarios Brijan, LCSW-C.

Heather Garner, LCSW-C.

Dra. Joan P. Gerring

Ana Gonzaga, MD

Debra Jenkins, LCSW-C.

Paige N. Johnston, LCPC

Brenda Memel, DNP, RN

Leslie Miller, MD

Ryan Moore, LCSW-C.

Dra. Shauna Reinblatt

Monique Vardi, LCPC

Coordinadores de Investigación

Mellisha McKitty, BA

Alison Recién Llegado, MHS

Ensayos de campo del DSM-5 en entornos de práctica clínica de rutina:
Investigadores Colaboradores

Dr. Archil Abashidze

Francis R. Abuelo, Ph.D.

Jennifer Louise Accuardi, MS

Balkozar S. Adam, MD

Miriam E. Adams, Sc.D., MSW, LICSW

Suzanna C. Adams, MA

Lawrence Adler, MD

Dr. Rownak Afroz

Khalid I. Afzal, MD

José Alimasuya, MD

Emily Allen, MS

Katherine A. Allen, LMFT, MA

William D. Allen, MS

Jafar AIMashat, MD

998

Anthony T. Alonso, DMFT

Guillermo Alvarez, B.A., M.A.

Ángela Amoia-Lutz, LMFT

Krista A. Anderson, MA, LMFT

Lisa R. Anderson, M.Ed., LCPC

Pamela M. Anderson, LMFT

Shannon N. Anderson, MA, LPC, NCC

Eric S. Andrews, MA

Vicki Arbuckle, MS, Enfermería (NP)

Dra. Namita K. Arora

Darryl Arrington, MA

Bearlyn Y. Ash, MS

Wylie J. Bagley, Ph.D.

Dr. Kumar D. Bahl

Deborah C. Bailey, MA, MS, Ph.D.

Carolyn Baird, DNP, MBA, RN-BC, CARN-AP, ICCDPD

Joelle Bangsund, MSW

María Baratta, MSW, Ph.D.

Stan Barnard, MSW

Deborah Barnes, MS

Margaret L. Barnes, Doctora en Filosofía.

David Barnum, Ph. D.

Dr. Raymond M. Baum

Dr. Edward Wescott Beal

Michelle Beaudoin, MA

Ernest E. Beckham, Ph.D.

Lori L. Beckwith, M.Ed.

Emmet Bellville, MA

Randall E. Bennett, MA

Lynn Benson, Ph. D.

Dr. Robert Scott Benson

Linda Benton, MSW

Ditza D. Berger, Ph.D.

Louise I. Bertman, Ph.D.

Robin Bieber, EM, LMFT

Diana M. Bigham, MA

David R. Blackburn, Doctor en Filosofía.

Kelley Blackwell, LMFT

Lancia Blatchley, BA, LMFT

Stacey L. Bloque, LMSW, ACSW

Karen J. Bloodworth, MS, NCC, LPC

Lester Bloomenstiel, MS

Christine M. Azul, DO

Marina Bluvshtein, Ph.D.

Callie Grey Bobbitt, MSW, LCSW

Moses L. Boone Jr., LMSW, BCD

Steffanie Boudreau-Thomas, MA-LPC

Jay L Boulter, MA

Aarón Daniel Bourne, MA

Helen F. Bowden, Ph.D.
Aryn Bowley-Safranek, BS, MS
Elizabeth Boyajian, Ph.D.
Dra. Beth K. Boyarsky
Gail M. Boyd, Ph.D.
Jeffrey M. Brandler, Ed.S., CAS, SAP
Sandra L. Branton, Ed.D.
Dra. Karen J. Brocco-Kish
Kristin Brooks, PMHNP
Ann Marie Brown, MSW
Philip Brown, MSW
Kellie Buckner, Ed. S.
Richard Bunt, MD
Neil F. Buono, D. Min.
Oficina de Janice, MSW, LCSW
Kimlee Butterfield, MSW
Claudia Byrne, Ph.D.
Quinn Callicott, MSW, LCSW
Álvaro Camacho, MD, MPH
Sandra Cámara, Ph.D.
Heather Campbell, MA
Nancy Campbell, Ph.D., MSW
Karen Ranee Canadá, LMFT
Dr. Joseph P. Cannavo
Catherine F. Caporale, Ph.D.
Frederick Capps, Ph.D., MS
Rebecca J. Carney, MBA, MA, LMHC
Kelly J. Carroll, MSW
Richard W. Carroll, doctorado, LPC, ACS
Sherry Casper, Doctora en Filosofía.
Joseph A. Catania, LISWS, LCDC III

Manisha P. Cavendish, Ph.D.
Dr. Kenneth M. Certa
Shambhavi Chandraiah, MD
Dr. Calvin Chatlos
Dr. Daniel C. Chen
Darlene Cheryl, MSW
Matthew R. Chirman, MS
Carole A. Chisholm, MSW
Shobha A. Chottera, MD
Joseph Logue Christenson, MD
Pamela Christy, Psy.D.
Sharon M. Freeman Clevenger, Ph.D., PMHCNS-BC
Dra. Mary Ann Cohen
Mitchell J. Cohen, MD
Diego L. Coira, M.D.
Melinda A. Lawless Coker, Psy.D.
Carol Cole, MSW, LCSW
Caron Collins, MA, LMFT
Wanda Collins, MSN
Linda Cook Cason, MA
Ayanna Cooke-Chen, MD, Ph.D.
Heidi B. Cooperstein, DO
Illeana Corbelle, MSW
Kimberly Corbett, Psy.D.
Angelina Córdova, MAEd.
Jennifer Carol Cox, LPC
Sheree Cox, MA, RN, NCC, DCC, LMHC
Dr. William Frederick Cox
Sally M. Cox, MSEd.
Debbie Herman Crane, MSW
Arthur Ray Crawford III, Ph.D.

Dra. Roula Creighton
John R. Crossfield, LMHC

999

Sue Cutbirth, RN, MSN, CS, PMHNP

Marco Antonio Cuyar, M.S.

Rebecca Susan Daily, MD

Lori S. Danenberg, Ph.D.

Chan Dang-Vu, MD

Mary Hynes Danielak, Psy.D.

Cynthia A. Darby, M.Ed., Ed.S.

Douglas Darnall, Doctor en Filosofía.

Dr. Christopher Davidson

Doreen Davis, Ph. D., LCSW

Sandra Davis, Ph. D., LMHC, NCC

Walter Pitts Davis, M.Th.

Christian J. Dean, Ph.D.

Kent Decano, Ph.D.

Elizabeth Dear, MA

Shelby DeBause, MA

Rebecca B. DeLaney, MSSW, LCSW, BCD

John R. Delatorre, MA

Dr. Frank DeLaurentis

Eric Denner, MA, MBA

María Dennihan, LMFT

Kenny Dennis, MA

Pamela L. Detrick, Ph.D., MS, FNP-BC, PMHNP-BC, RN-BC, CAP, GCAC

Dr. Robert Detrinis

Dr. Daniel A. Deutschman

Tania Díaz, Psy.D.

Sharon Dobbs, MSW, LCSW
David Doreau, M.Ed.
Gayle L. Dosher, MA
Ann Downey, Ph.D., MSW
Beth Doyle, MA
Amy J. Driskill, MS, LCMFT
Dr. James Drury
Brenda-Lee Duarte, M.Ed.
Shane E. Dulemba, MSN
Dra. Nancy RG Dunbar
Cathy Duncan, MA
Rebecca S. Dunn, MSN, ARNP
Debbie Earnshaw, MA
Shawna Eddy-Kissell, MA
Momento El Nesr, MD
Jeffrey Bruce Elliott, Psy.D.
Leslie Ellis, Ph. D.
Donna M. Emfield, LCPC
Gretchen S. Enright, MD
John C. Espy, Ph.D.
Renuka Evani, MBBS, MD
Heather Evans, MSE Ed., LPCNCC
Cesar A. Fabiani, M.D.
Fahim Fahim, MD
Samuel Fam, MD
Edward H. Fankhanel, Ph.D., Ed.D.
Tamara Farmer, MSN, ARNP
Farida Farzana, MD
Felipe Fast, MS
Patricia Feltrup-Exum, MAMFT
Hector J. Fernandez-Barillas, Ph.D.

Julie Ferry, MSW, LICSW

Jane Fink, Ph. D., MSSA

Kathy Finkle, LPCMH

Steven Finlay, Doctor en Filosofía.

Incendio Rik, MSW, LCSW

Ann Inundación, Ph.D.

Jeanine Lee Foreman, MS

Thyra Fossum, Doctora en Filosofía.

Karen S. Franklin, LICSW

Sherry K. Franklin, MA

Helen R. Frey, MA, ED

Michael L. Freytag, BS, MA

Beth Gagnon, MSW

Patrice LR Gallagher, Ph.D.

Ángela J. Gallien, MA

Robert Gallo, MSW

Dr. Mario Galvarino

Vladimir I. Gasca, MD

Joshua Gates, Ph.D.

Anthony Gaudioso, Ph.D.

Michelle S. Gauthier, APRN, MSN, PMHNP-BC

Rachel E. Gearhart, LCSW

Dr. Stephen D. Gelfond

Nancy S. Gerow, MS

Michael J. Gerson, Ph. D.

Susan MA Geyer, LMSW

Lorrie Gfeller-Strouts, Ph.D.

Dr. Shubu Ghosh

Richard Dorsey Gillespie, M. Div.

Stuart A. Gitlin, MSSA

Jeannette E. Dado, Ph.D.

Frances Gizzi, LCSW

Stephen I. Glicksman, Ph.D.

Martha Glisky, Doctora en Filosofía.

Sonia Godbole, MD

Howard M. Goldfischer, Doctor en Psicología.

Mary Jane González-Huss, Ph.D.

Michael I. Bueno, MD

Dawn Goodman-Martin, MA-LMHC

Robert Gorkin, Ph. D., MD

Jeff Gorski, MSW

Linda O. Graf, M.Ed., L.C.P.C.

Ona Graham, Psy.D.

Aubrie M. Graves, LMSW, CASAC

Howard S. Green, MD

Karen Torry Green, MSW

Gary Greenberg, Ph.D.

Marjorie Greenhut, MA

James L. Greenstone, Ed.D., JD

Raymond A. Griffin, Ph.D.

José Grillo, Ph.D.

Janeane M. Grisez, AA, BA

Lawrence S. Gross, MD

Dr. Robert J. Gross

Sally J. Grosscup, Doctora en Filosofía.

Philip A. Grossi, MD

1000

Gabrielle Guedet, Ph.D.

Nicholas Guenzel, BA, BS, MSN

María G. Hales, MA

Tara C. Haley, MS, LMFT
Dr. John D. Hall
Amy Hammer, MSW
Dr. Michael S. Hanau
Linda KW Hansen, MA, LP
Genevieve R. Hansler, MSW
Mary T. Harrington, LCSW
Lois Hartman, LCPC
Steven Lee Hartsock, doctorado, MSW
Victoria Ann Harwood, MSW, LCSW
Rossi A. Hassad, Ph.D., MPH
Erin V. Hatcher, MSN
Dr. Richard L. Hauger
Kimberly M. Haverly, MA
Calentador Gale Eisner, MS, MFT
Katlin Hecox, MA
Brenda Heideman, MSW
Melinda Heinen, M.Sc.
Marie-Therese Heitkamp, MS
Melissa B. Held, MA
Dra. Jessica Hellings
Bonnie Helmick-O'Brien, MA, LMFT
MaLinda T. Henderson, MSN, FPMHNP
Gwenn Herman, MSW
Martha W. Hernández, MSN, APRN, PMHCNS
Robin L. Hewitt, MS
Kenneth Hoffman, Ph.D.
Patricia E. Hogan, DO
Peggy Holcomb, Ph.D.
Garland H. Holloman Jr., MD
Kimberly Huegel, MSW, LCSW

Jason Hughes, LPC-S., NCC
Jennifer C. Hughes, Ph.D., MSW, LISW-S.
Michelle K. Humke, MA
Judith G. Hunt, LMFT
Tasneem Hussainee, MD
Sharlene J. Hutchinson, MSN
Muhammad Ikram, MD
Sunday Ilechukwu, MD, D.Psy. Cli.
Douglas H. Ingram, MD
Marilynn Irvine, Ph. D.
Marjorie Isaacs, Psy.D.
Raymond Isackila, Ed.S., PCC-S., LICDC
Mohammed A. Issa, MD
John L. Jankord, MA
Barbara P. Jannah, LCSW
C. Stuart Johnson, MS
Amanecer M. Johnson, MA
Deanna V. Johnson, MS, APRN, BC
Eric C. Johnson, MFT
Joy Johnson, Ph.D., LCSW
Willard Johnson, Doctor en Filosofía.
Xenia Johnson-Bhembe, MD
Vann S. Joines, Ph.D.
Margaret Jones, Psy.D.
Patricia Jorgenson, MSW
Dr. Steven M. Joseph
Taylere Joseph, MA
Jeanette M. Joyner-Craddock, MSSW
Melissa Kachapis, MA
Dr. Charles T. Kaelber
Aimee C. Kaempf, MD

Dr. Peter Andrew Kahn

Dr. Robert P. Kahn-Rose

Dr. Maher Karam-Hage

Dr. Todd H. Kasdan

Karen Kaufman, MS, LMFT

Rhesa Kaulia, MA, MFT

Debbie Lynn Kelly, MSN, PMHNP-BC

W. Stephen Kelly, Ph. D.

Selena Kennedy, MA

Judith A. Kenney, MS, LPC

Dr. Mark Patrick Kerekes

Alyse Kerr, MS, NCC, NADD-CC, LPC

Karen L. Kerschmann, LCSW

Marcia Kesner, MS

Ashán Khan, Ph.D.

Shaukat Khan, MD

Audrey Khatchikian, Ph.D.

Laurie B. Kimmel, MSW

Jason H. King, Doctor en Filosofía.

Nancy Leigh King, MSW, LCSW, LCAS

Kyle Kinne, MSC

Cassandra M. Klyman, MD

David R. Knapp, LCSW

Margaret Knerr, MS

Michael R. Knox, Ph.D.

Carolyn Koblin, MS

Valerie Kolbert, MS, ARNP-BC

Heather Koontz, MSW

Faye Koop, Ph. D., LCMFT

Fern M. Kopakin, MSW, LCSW

Dr. Joel Kotin

Sharlene K. Kraemer, MSE
Marjorie Vego Krausz, MA, Ed.D.
Nancy J. Krell, MSW
Mindy E. Kronenberg, Ph.D.
Dwayne Kruse, MS, MFT
Ajay S. Kuchibhatla, MD
Shubha N. Kumar, MD
Helen H. Kyomen, MD, MS
Rebecca M. Lachut, M.Ed., Ed.S.
Lago Alexis, MSS
Ramaswamy Lakshmanan, MD
Brigitta Lalone, LCSW-R John
W. Lancaster, Ph.D.
Patience R. Land, LICSW, MSW, MPA
Ámbar Lange, MA, Ph.D.
Jeff K. Larsen, MA
Dr. Nathan E. Lavid
Michelle Líder, Ph.D.
Dr. Stephen E. Lee

1001

Cathryn L. Leff, Ph. D., LMFT
Rachael Kollar Leonbruno, LMFT
Arlene I. Lev, MSW, LCSW-R Gregory
K. Lewis, MA-LMFT
Jane Hart Lewis, MS
Melissa S. Lewis, MSW, LICSW
Norman Gerald Lewis, FRANZCP
Robin Joy Lewis, Ph.D.
Dr. Ryan Michael Ley

Tammy R. Lias, MA

Russell F. Lim, MD

Dra. Jana Lincoln

Ted Lindberg, LMSW, LMFT, MSW

Peggy Solow Liss, MSW

Andrea Loeb, Doctora en Psicología.

Dr. William David Lohr

Mary L. Ludy, MA, LMHC, LMFT

Nathan Lundin, MA, LPC

Dra. Veena Luther

Patti Lyerly, LCSW

Denise E. Maas, MA

Silvia Mac Allister, LMFT

Nicola MacCallum, MS, MFC Terapia Colin

N. MacKenzie, MD

Cynthia Mack-Ernsdorff, Ph.D.

John R. Madsen-Bibeau, MS, M.Div

Christopher J. Maglio, Ph.D.

Dr. Deepak Mahajan

Debra Majewski, MA

Dr. Harish Kumar Malhotra

Pamela Marcus, RN, MS

María P. Marshall, Ph.D.

Flora Lynne Martin, MA, LPC, ADC

Dr. Robert S. Martín

Jennifer L. Martinez, M.S.

Ninfa Martinez-Aguilar, MA, MFT

Emily Martinsen, MSW

Farhan A. Matin, MD

Janus Maybee, PMHNP

Karen Mazarin-Stanek, MA

Eben L. McClenahan, MD, MS
Dr. Jerlyn C. McCleod
Susan E. McCue, MSW, LCSW
Kent D. McDonald, MS
Daniel McDonnell, MSN, PMH-NP
Robert McElhose, Ph. D.

Lisa D. McGrath, Doctora en Filosofía.

Mark McGrosky, MSW
Katherine M. McKay, Ph.D.
Darren D. McKinnis, MSW
Mona McNelis-Broadley, MSW, LCSW
Rick McQuistion, Ph.D.
Susan Joy Mendelsohn, Psy.D.
Barbara S. Menninga, M.Ed.
No Mermelstein, MD, FAPM
Rachel B. Michaelsen, MSW
Dr. Thomas F. Micka
Tonya Miles, Psy.D.
Mateo Miller, MS
Dr. Michael E. Miller
Noel Miller, LMSW, MBA, MPS
Kalpana Miriyala, MD
Sandra Moenssens, MS
Erin Mokhtar, MA
Robert E. Montgomery, M.Ed.
susan luna
Dra. Theresa K. Moon
David B. Moore, BA, M.Div., MSSW, Ph.D.
Joanne M. Moore, MS
Peter IM Moran, MBBCh.
Anna Moriarty, MPS, LPC, LMHC

Richard Dean Morris, MA
Michael M. Morrison, MA
Carlton E. Munson, Ph.D.
Timothy A. Murphy, MD
Beth L. Murphy, Psy.D.
Melissa A. Myers, MD
Dr. Stefan Nawab
Allyson Matney Neal, DNP
Steven Nicolás, MA
Aurelian N. Niculescu, MD
Earl S. Nielsen, Ph.D.
Terry Oleson, Ph. D.
Julianne R. Oliver, BS, MS, Ph.D.
Dr. Robert O. Olsen
Amy O'Neill, MD
Oscar H. Oo, Doctor en Psicología, ABPP
Laurie Orlando, JD, MA
Jill Osborne, MS, Ed.S.
Kimberly Overlie, Estados Unidos
L. Kola Oyewumi, Ph.D.
Zachary J. Pacha, MSW
Suzette R. Papadakis, MS
Amanda C. Parsons, MA, LPCC
Lee R. Paté, BA, MA
Eric L. Patterson, LPC
Sherri Paulson, M.Ed., LSCW
Peter Dennis Pautz, BA, MSW
Jeanette Pelton, LISW-SUPV
Malinda J. Perkins, MSW, LCSW
Eleanor F. Perlman, MSW
Deborah K. Perry, MSW

Amanda Peterman, LMFT

Shawn Pflugardt, Doctor en Psicología.

Robert J. Dean Phillips, MS

Laura Pieper, MSW, LCSW

Lori D. Pink, MSW, BCD

Michael G. Pipich, MS, LMFT

Cynthia G. Pizzulli, MSW, Ph.D.

Kathy C. Puntos, MA

Marya E. Pollack, MD, MPH

Sanford E. Pomerantz, MD

Eva Ponder, MSW, Psy.D.

Dr. Ernest Poortinga

David Post, MD

Laura L. Post, MD, Ph.D., JD

1002

Patrick W. Powell, Ed.D.

Beth M. Prewett, Psy.D.

Robert Price, DCC, M.Ed.

Dr. John Pruett

Aneita S. Radov, MA

Dra. Dawn M. Raffa

Dra. Kavitha Raja

Ranjit Ram, MD

Mohamed Ibrahim Ramadan, MD, MS

Dr. Christopher S. Randolph

Nancy Rappaport, M.Ed.

Dr. John Moir Rauenhorst

Laurel Jean Rebenstock, LMSW

Edwin Renaud, Ph.D.

Heather J. Rodas, MA

Jennifer S. Ritchie-Goodline, Doctora en Psicología.

Daniel G. Roberts, MA

Brenda Rohren, MA, MFS, LIMHP, LADC, MAC

Donna G. Rolin-Kenny, Ph.D., APRN, PMHCNS-BC

Sylvia E. Rosario, M.Ed.

Mindy S. Rosenbloom, MD

Harvey A. Rosenstock, MD

Thalia Ross, MSSW

Dr. Fernando Rosso

Dr. Barry H. Roth

Thomas S. Rue, MA, LMHC

Elizabeth Ruegg, LCSW

Diane Rullo, Ph.D.

Angie Rumaldo, Ph.D.

Eric Rutberg, MA, DHEd.

Joseph A. Sabella, LMHC

Dr. Kemal Sagduyu

Adam H. Saltz, MSW

Jennifer A. Samardak, LISW-S.

George R. Samuels, MA, MSW

Carmen Sanjurjo, MA

John S. Saroyan, Ed.D.

Brigid Kathleen Sboto, MA, MFT

Lori Cluff Daños, MS

Joan E Schaper, MSN

Rae J. Schilling, Ph.D.

Larry Schor, Ph.D.

Donna J. Schwartz, MSW, LICSW

Amy J. Schwarzenbart, PMH-CNS, BC, APNP

Dr. John V. Scialli

Chad Scott, doctorado, LPCC
Sabine Sell, MFT
Minal Shah, Nueva Zelanda, NCC, LPC
Lynn Shell, MSN
Dharmesh Navin Sheth, MD
S. Christopher Shim, MD
Marta M. Shinn, Ph.D.
Andreas Sidiropoulos, MD, Ph.D.
Dr. Michael Siegell
Michael G. Simonds, Doctor en Psicología.
Dr. Gagandeep Singh
Melissa Rae Skrzypchak, MSSW, LCSW
Dra. Paula Slater
William Bill Slaughter, MD, MA
Aki Smith, Ph.D.
Deborah L. Smith, Ed.M.
Diana E. Smith, MA, LMFT
James S. Sommer, MS
J. Richard Spatafora, MD
Judy Splittergerber, MSN, CS, NP
Thiruneermalai TG Sriram, MD
Martha W. St. John, MD
Sybil Stafford, Ph.D.
Timothy Stambaugh, MA
Laura A. Stamboni, MSW
Carol LR Stark, MD
Stephanie Steinman, MS
Claudia M. Stevens, MSW
Jennifer Boyer Stevens, Doctora en Psicología.
Dominique Stevens-Young, MSW, LCSW
Kenneth Stewart, Ph. D.

Dr. Daniel Storch
Suzanne Straebler, APRN
Dawn Stremel, MA, LMFT
Emel Stroup, Psy.D.
John W. Tocón, MS, LMFT
Thomas G. Suk, MA
Elizabeth Sunzeri, MS
Linnea Swanson, MA, Psy.D.
Patricia Swanson, MA
Fereidoon Taghizadeh, MD
Bonnie L. Tardif, LMHC, NCC, BCPCC
Joan Tavares, MSW
Ann Taylor, MSW
Dawn O'Dwyer Taylor, Doctora en Filosofía.
Chanel V. Tazza, LMHC
Teatro Martha H., MA
Clark D. Terrell, MD
Mark R. Thelen, Doctor en Psicología.
Norman E. Thibault, MS, Ph.D.
Tojuana L. Thomason, Ph.D.
Paula Thomson, Psy.D.
D. Chadwick Thompson, MA
Susan Thorne-Devin, AM
Jean Eva Thumm, MAPC, MAT, LMFT, BCC
James E. Tille, Ph.D., D.Min.
Dra. Jacalyn G. Tippey
Saraswathi Tirumalasetty, MD
Jacqueline A. Torrance, MS
Terrence Trobaugh, MS
Louisa V. Troemel, Doctora en Psicología, LMFT
Susan Ullman, MSW

Jennifer M. Underwood, MSW, LCSW

Rodney Dale Veldhuizen, MA

Michelle Voegels, BSN, MSN, BC

Dr. Wess Vogt

R. Christopher Votolato, Psy.D.

1003

John W. Waid, Ph. D.

Christa A. Wallis, MA

Dominique Walmsley, MA

Bhupinder Singh Waraich, MD

Joseph Ward, NCC, LPCMEd.

Robert Ward, MSW

Marilee LM Wasell, Ph.D.

Gannon J. Watts, LPC-S., LAC, NCC, NCSC, AADC,
CAADC

Sheila R. Webster, MA, MSSA

Dr. Burton Weiss

Dr. Dennis V. Weiss

Jonathan S. Weiss, MD

Richard Wendel, Doctor en Filosofía.

Paul L. West, Ed.D.

Kris Sandra Wheatley, MA, LCPC, NCC

Leneigh White, MA

Danny R. Whitehead, LICSW

Jean Whitinger, MA

Dr. Peter D. Wilk

Vanessa Wilkinson, LPC

Tim F. Willia, MS, MAEd., LPC

Cathy E. Willis, MA, LMFT, CADC

Dr. Jeffrey John Wilson

Jacquie Wilson, M.Ed.
David D. Vinos, MSW
Barbara A. Wirebaugh, MSW
Daniel L. Wise, Ph.D.
Christina Wong, MSW, LCSW
Susanna Wood, MSW, LCSW
Linda L. Woodall, MD
Leoneen Woodard-Faust, MD
Sheryl E. Woodhouse, LMFT
Gregory J. Worthington, Psy.D.
pregunta Wozniak, MD
Kimberly Isaac Wright, MA
Pedro Yamamoto, MD
Dra. María Ruiza Ang Yee
Dr. Michael B. Zafrani
Jafet E. Gonzalez Zakarchenco, M.D.
John Zibert, Ph. D.
Karen Zilberstein, MSW
Cathi Zillmann, CPNP, PNP
Gerald A. Zimmerman, Ph.D.
Michele Zimmerman, MA, PMHCNS-BC
Judith A. Zink, MA

Equipo REDCap de la Universidad de Vanderbilt

Paul Harris, Ph. D.
Ya Kashyap, BE
brenda menor
Jon Scherdin, MA
Rob Taylor, MA
Janey Wang, MS

1004

Índice

Los números de página impresos en **negrita** se refieren a las tablas.

- Radiografías abdominales y encopresis, **404**
Abstinencia y tabaquismo, **650** Acceso, a la atención médica, **190, 238, 354, 833** Accidentes TDAH y, **73** Trastornos relacionados con el alcohol y, **560, 562** Trastorno por consumo de cannabis y, **581** Ritmo circadiano sueño -trastornos de la vigilia y, **446, 451** trastorno de conducta y, **536** exposición a inhalantes y, **605** narcolepsia y, **427** apnea obstructiva del sueño hipopnea y, **433** trastorno por consumo de fenciclidina y, **589** trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, **625** acomodación y TOC , **267** Estrés aculturativo y TEPT en inmigrantes, **310** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), **718**. *Ver también* Disfunciones sexuales adquiridas por VIH, **477, 480, 486, 487, 491, 495, 503** Actografía y patrones de sueño-vigilia, **445, 447, 448, 449, 451, 473** Actividades de la vida diaria diferencias culturales en, **88** disforia de género y, **519** síndrome de piernas inquietas y, **467** acatisia aguda, **816** reacción distónica aguda (ADR), **812–813, 816** trastorno de estrés agudo, **250, 312, 313–319, 321–322, 460, 678** Funcionamiento adaptativo , y trastornos del desarrollo intelectual, **42** Adicción y trastorno del juego, **914**. *Véase también* Adicciones conductuales Hipertrofia adenoamigdalina, **432** Trastornos de adaptación y diagnóstico diferencial de síntomas psicológicos o conductuales anormales en respuesta a una afección médica, **365, 366** de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, **261** de trastorno de conducta, **537** de trastorno depresivo debido a otra afección médica, **208-209** de trastorno de ansiedad generalizada, **254** de enfermedad trastorno de ansiedad, **359** de trastorno explosivo intermitente, **526** de trastorno negativista desafiante, **525–526**

de TEPT, 312
Vías de administración, para sustancias de abuso, 540
Adolescentes y adolescencia. **Véase también** Edad; Niños
TDAH y, 71
trastorno por consumo de alcohol
y, 556 trastorno dismórfico corporal y,
273 trastorno límite de la personalidad y,
755 trastornos relacionados con la cafeína
y, 570, 573 trastorno por consumo de
cannabis y, 579 trastorno del ritmo circadiano del
sueño-vigilia y, 444 trastorno de compromiso social
desinhibido y, 300 amnesia dissociativa y, 339 enuresis
y, 400 disforia de género y, 514–515 trastorno por uso
de inhalantes y, 603–604 trastorno de insomnio y, 413
narcolepsia y, 427 abuso de óxido nítrico por, 654
TOC y, 268 trastorno de personalidad paranoide y,
739 trastorno disfórico premenstrual y, 198 trastorno
de duelo prolongado y, 325 trastorno de ansiedad
social y, 232 trastorno específico del aprendizaje y, 82
trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por
sustancias/medicamentos y, 716 trastornos por uso de
sustancias y, 549 pensamientos y conductas suicidas
en transgénero, 518 trastornos de tics y, 95 Adopción,
y trastorno de compromiso social desinhibido, 300
Adulto(s). **Véase también** Edad; Adultos mayores TDAH en, 71, 73 trastorno del
espectro autista y funcionamiento psicosocial deficiente en, 65–66 disforia de género y,
514 trastorno específico del aprendizaje y, 79, 82 trastornos de tics y, 95 adultos DSM-5
Nivel 1 autoevaluado Transversal Medidas de los síntomas, 844 Tipo de fase avanzada
del sueño, del trastorno del sueño-vigilia del ritmo circadiano, 446–447

1006

Experiencias adversas en la infancia. **Véase también** Abuso infantil;
Trastorno bipolar I por negligencia y, 147 Trastorno de ansiedad
generalizada y, 252 Trastorno depresivo mayor y, 189
Esquizofrenia y, 118 Inestabilidad afectiva, y trastorno límite de la
personalidad, 754 Psicosis afectiva, 139

Afroamericano. **Véase también** Raza; Racismo
trastornos relacionados con el alcohol y, 556,
563 enfermedad de Alzheimer en, 692, 693
consumo de cannabis y, 578, 580, 585 delirio
en, 677 enuresis en niños, 400 ludopatía en,
663, 664 dolor genitopélvico/trastorno de
penetración y, 497 trastorno explosivo
intermitente y, 528 trastorno depresivo mayor y, 190
diagnóstico erróneo de trastorno del espectro autista
en niños, 65 diagnóstico erróneo de esquizofrenia en,
18, 119, 124, 147 narcolepsia y, 426 trastornos neurocognitivos
en, 686, 724 apnea obstructiva del sueño y, 431 trastorno por
consumo de opioides en, 611 trastorno de pánico y, 238, 239
trastorno por duelo prolongado y, 326 TEPT y, 308, 310 trastorno
de ansiedad social y, 232 trastornos relacionados con
estimulantes en, 636, 642 trastorno por consumo de tabaco en,
647 demencia vascular en, 705

Años. **Véase también** Adolescentes; adultos; Edad de inicio; Niños; bebés; Adultos mayores
intoxicación por alcohol y, 563
enfermedad de Alzheimer y, 692
consumo de cannabis y, 578
eyaculación retardada y, 480
trastorno del desarrollo de la coordinación y, 86
trastorno de compromiso social desinhibido y, 300
trastorno eréctil y, 483 trastorno de interés/excitación
sexual femenina y, 490, 491 trastorno del juego y, 663
lenguaje y, 48 trastorno del deseo sexual hipoactivo
masculino y, 500 memoria y, 342–343 trastorno pedófilo y
mínimo para el diagnóstico, 794 prevalencia de trastornos
neurocognitivos por, 686 enuresis primaria y secundaria y,
400 trastorno psicótico debido a otra condición médica y,
132 tasas de suicidio por, 190 trastorno reactivo del apego
y, 297 esquizofrenia y reducción del volumen cerebral, 116
efectos secundarios de los medicamentos y, 623–624 trastorno de la
comunicación social y, 55 trastorno específico del aprendizaje y, 79,
81 trastorno del sonido del habla y, 50–51 hora de dormir y, 411

trastorno voyeurista y mínimo para el diagnóstico, 781, 782 Agencia.

Véase también Controlar

trastorno de despersonalización/desrealización y, 344

trastorno de identidad disociativo y, 331 Edad de inicio.

Véase también Edad del TDAH, 70 de agorafobia, 248 de

trastorno por consumo de alcohol, 556 de enfermedad de

Alzheimer, 692–693 de trastorno del espectro autista, 63

de trastorno bipolar I, 146 de trastorno bipolar II, 155 de

trastorno psicótico breve, 110 de cannabis trastorno por

uso, 579 de trastorno de fluidez de inicio en la infancia,

52 de trastorno de sueño-vigilia del ritmo circadiano, 444

de trastorno de conducta, 534 de trastorno ciclotímico,

160 de trastorno de despersonalización/desrealización,

344 de trastorno de desregulación disruptiva del estado

de ánimo, 179 de trastorno funcional de síntomas

neurológicos , 362 de trastorno de ansiedad generalizada,

252 de trastorno de hipersomnolencia, 419 de trastorno

de ansiedad por enfermedad, 358 de trastorno del

desarrollo intelectual, 43 de trastorno depresivo mayor,

189 de narcolepsia, 425 de trastornos neurocognitivos,

687, 692, 724, 727 de autocontrol no suicida. trastorno por

lesiones, 925 de TOC, 267–268 de ataques de pánico,

243 de trastorno de pánico, 238 de piromanía, 538 de

síndrome de piernas inquietas, 466 de trastorno de

rumiación, 375 de trastorno esquizoafectivo, 123–1 24 de

esquizofrenia, 117, 119 de trastorno de ansiedad por

separación, 219 de trastorno de masoquismo sexual, 789

de trastorno de ansiedad social, 231–232 de fobia

específica, 227 de trastornos de tics, 94 Agresión y

comportamiento agresivo

trastorno de conducta y, 533, 534, 535, 536

trastorno del desarrollo intelectual y, 43, 45

trastorno explosivo intermitente y, 182, 527–528, 529 narcolepsia y, 425 esquizofrenia y, 116 trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 625 trastorno por consumo de estimulantes y, 635, 636 Agitación trastorno depresivo mayor y, 186 trastorno agudo inducido por medicamentos acatisia y, 814 trastornos neurocognitivos y, 684 trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos y, 164 Agorafobia, 216, 220, 228, 233, 241, 246–250, 767 Acinesia y parkinsonismo inducido por medicamentos, 809 Nativos de Alaska alcohol trastorno por consumo y, 556 consumo de cannabis y, 578 trastorno por consumo de estimulantes y, 636, 638 trastorno por consumo de alprazolam, 547 alcohol. **Véase también** intoxicación por alcohol; trastorno por consumo de alcohol; Abstinencia de alcohol; alcohol fetal

síndrome; Trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol; Trastornos bipolares por abuso de sustancias y, 159 apagones inducidos por, 456 insomnio y, 417 trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino y, 500 trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos y, 204 trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y, 129 trastorno sexual inducido por sustancias/medicamentos disfunción y, 507, 508 trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos y, 471, 473 Trastornos mentales inducidos por el alcohol, 560–561, 564, 567–568, 716 Intoxicación por alcohol, 560, 561–564, 614, 616, 628 Alcohol trastorno de uso **Véase también** Alcohol; Trastornos por uso de sustancias trastorno bipolar I y, 148 comorbilidad y, 24, 387, 396, 541, 567 cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura, 558 desarrollo y curso de, 556–557 características diagnósticas y asociadas de, 555–556 criterios diagnósticos para, 553 –554 diagnóstico diferencial de, 560–561, 626 trastorno exhibicionista y, 785 cleptomanía y, 541 pruebas de laboratorio para, 558–559 trastornos neurocognitivos y, 717 prevalencia de, 556 piromanía y, 538 factores de riesgo y pronóstico, 557–558 sedante, intoxicación hipnótica o ansiolítica y, 629 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 558 especificadores de, 555 pensamientos o conductas suicidas, 556, 559–560, 562, 563

discinesia tardía y, [615](#) lesión
cerebral traumática y, [710](#) Abstinencia
de alcohol, [555](#), [560–561](#), [564–567](#), [631](#) Trastornos algolágicos,
[779](#) Alogia, [103](#), [119](#) Alopecia, [282](#), [283](#), [284](#) Medicamentos
agonistas alfa-adrenérgicos y narcolepsia, [424](#) Alfa-interferón y
síntomas maníacos o depresivos inducidos por medicamentos,
[168](#) Alfa-metildopa y trastorno depresivo inducido por sustancias/
medicamentos, [203](#) Prácticas de curación alternativas y factores psicológicos que afectan las
condiciones médicas, [366](#). **Véase también**

curanderos tradicionales
Altitud y apnea central del sueño, [436](#) Enfermedad
de Alzheimer. **Ver también** Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer
edad de inicio, [687](#)
afasia y, [697](#) códigos
de diagnóstico para, [22](#)
diagnóstico diferencial de, [281](#), [678](#), [706](#) trastornos
del desarrollo intelectual y, [43](#) trastornos neurocognitivos
y, [706](#), [726](#) amenorrea y trastornos alimentarios, [385](#), [389](#)
Academia Estadounidense de Medicina del Sueño , [409](#)
Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del
Desarrollo (AAIDD), [46](#) Indios americanos. **Véase también** nativos de Alaska; Nativos americanos; La raza;
Racismo uso de cannabis y, [578](#) contexto cultural del trastorno de pesadilla y, [459](#) apnea obstructiva del
sueño en, [431](#) trastorno de pánico y ataques de pánico en, [237](#), [243](#) TEPT en, [308](#) trastorno por uso de
estimulantes en, [636](#), [638](#) Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y proceso de revisión del DSM-5,
[6–11](#) Amnesia. **Véase también** Amnesia disociativa; amnesia generalizada; Amnesia postraumática por
cerebro

lesión
intoxicación por alcohol y, [562](#)
trastorno de identidad disociativo y, [332](#) trastorno
ficticio y, [337](#), [342](#) formas localizadas o
generalizadas de, [329](#) trastornos convulsivos y,
[342](#) trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido
por sustancias/medicamentos y, [714](#) lesión cerebral traumática y, [708](#)

Síndrome amotivacional y consumo de cannabis, [581](#) .

Anfetaminas
trastornos relacionados con estimulantes y,
[635](#) trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y, [129](#)
disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos y, [508](#)

trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos y, 472

Gases de nitrito de amilo, butilo o isobutilo, 603, 654

Pruebas diagnósticas basadas en amiloide, 694

Trastorno por uso de esteroides anabólicos, 547, 550

Analgesia y trastorno por consumo de opiáceos, 614

Disforia anatómica, 516

Anemia y anorexia nerviosa, 385 ;

Ira

trastorno límite de la personalidad y, 754 trastorno

obsesivo-compulsivo de la personalidad y, 773 trastorno negativista

desafiante y, 523, 525 trastorno paranoide de la personalidad y, 738

Angina y factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas, 366, 367

anhedonia

trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 209 trastorno depresivo mayor

y, 190 esquizofrenia y, 103 abstinencia de estimulantes y, 643 acumulación de

animales, 279 reacciones de aniversario y eventos traumáticos, 335 preferencias de

actividad anómala, 778 pruebas de manometría anorrectal y encopresis, 404

Anorexia nerviosa, 373, 375, 379–380, 381–387, 390 Anosognosia y esquizofrenia, 116

“Otra condición médica”, uso del término, 25–26 Antagonismo y rasgos de personalidad, 888, 893, 900 Antibióticos y excoriación trastorno, 286 Ansiedad anticipada y trastorno

de ansiedad social, 230 Antidepresivo(s), 158, 164, 165, 424, 507–508, 818–819. Ver

también Antidepresivos tricíclicos Síndrome de discontinuación de antidepresivos, 818–

819 Medicamentos antihipertensivos y trastorno depresivo inducido por sustancias/

medicamentos, 203 Encefalitis por anti-receptor de NMDA, 167 Medicamentos

antipsicóticos, 507, 508, 726, 807–810. Ver **también** movimiento inducido por

medicamentos

trastornos

Terapia antirretroviral, 719, 720

Comportamiento antisocial, codificación de, 835

Desorden de personalidad antisocial

TDAH y, 73 trastorno

por consumo de alcohol y, 560, 561 trastorno

por consumo de cannabis y, 579 clasificación

de, 537 comorbilidad y, 752 trastorno de

conducta y, 534 cuestiones diagnósticas

relacionadas con la cultura, 750–751 definición

de, 733 desarrollo y evolución, 750 diagnóstico y

características asociadas de, 748–750, 883 criterios de

diagnóstico para, 748, 884–885

diagnóstico diferencial de, 751–752
trastorno por consumo de alcohol,
561 trastorno exhibicionista, **785**
trastorno frotteurístico, **787** trastorno
explosivo intermitente, **529** cleptomanía,
540 otros trastornos de la personalidad,
741, 756, 759–760, 763, 775 trastorno pedófilo, **795** piromanía, **539**
trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, **626**
trastorno de sadismo sexual, **792** trastorno voyeurista, **782** trastorno
exhibicionista y, **785** trastorno por consumo de inhalantes y, **605**
simulación y, **835** trastorno pedófilo y, **794** prevalencia de, **750**
factores de riesgo y pronóstico de, **750** Problemas de diagnóstico
relacionados con el sexo y el género, **751** especificadores para, **885**
trastorno por uso de estimulantes y **637** Ansiedad. **Ver también** Trastornos
de ansiedad; Ansiedad, trastorno de estrés agudo y, **318** síndrome de
psicosis atenuada y, **907** trastorno bipolar y relacionado debido a otra
condición de medicación y aguda, **168** definición de miedo y, **215** trastorno
de ansiedad generalizada y, **251** dolor genito-pélvico/trastorno de
penetración y, **494** trastorno mayor trastorno depresivo y, **189** trastornos
neurocognitivos y, **712** trastorno de síntomas somáticos y, **356** trastorno
por consumo de estimulantes y, **635** trastorno de ansiedad inducido por
sustancias/medicamentos y, **257** abstinencia del tabaco y, **650** trastorno(s) de
ansiedad. **Véase también** Agorafobia; Trastorno de ansiedad generalizada;
Trastorno de pánico; Selectivo

mutismo; Trastorno de ansiedad por separación; Desorden de ansiedad social; fobia específica;
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/
medicamentos trastorno del espectro autista y síntomas asociados con,
67 comorbilidad de, **159, 250, 271, 347, 364, 387, 392, 768, 771**

1009

diagnóstico diferencial de
TDAH, **74**
síndrome de discontinuación de antidepresivos, **819**
trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos, **379** trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, **260**

trastornos bipolares, 149
trastorno dismórfico corporal, 276
trastorno por consumo de cafeína, 913
trastornos depresivos, 182 trastorno de ansiedad por enfermedad, 359 TOC, 270 trastornos de personalidad, 737
TEPT, 312 abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 631 trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, 258 ataques de pánico y, 241 características compartidas de, 215–216 consumo de sustancias y, 545 trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, 240–241, 245, 253, 258–261 Ansiolíticos y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, 472. **Véase también**
Sedante, hipnótico o

trastornos relacionados con ansiolíticos Ansiedad, como especificador, 169–170, 210–211 Afasia y trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve, 697 Apatía y trastornos neurocognitivos, 685, 696, 727 Apnea, definición de, 430 Apolipoproteína E4 (**APOE* E4**), 693 Apariencia y trastorno histriónico de la personalidad, 758 Apetito y trastorno depresivo mayor, 186. **Véase también** Apraxia dietética y trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington, 727 Malformación de Arnold-Chiari y apnea central del sueño, 438 Excitación trastorno de pesadillas y, 458 trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos y, 452, 453, 455 ataques de pánico y, 244–245 TEPT y, 307 fobia específica y, 226 arritmias, 242, 245, 431 Arterial spin-labeling (ASL) , 720 Artritis y trastorno de excitación/interés sexual femenino, 493 estadounidenses de origen asiático. **Véase también** Isleños del Pacífico; La raza; Racismo

trastornos relacionados con el alcohol y, 556, 563 consumo de cannabis y, 578, 580, 585 trastorno del juego en, 664 trastornos neurocognitivos en, 686–687 trastorno por consumo de opioides en, 611 trastorno de pánico en, 239 trastornos relacionados con estimulantes en, 636, 642 trastorno por consumo de tabaco en, 647 demencia vascular en, 705

Trastorno de Asperger, 36, 60
Asfixiofilia, 789 Valoración. **Ver**
también Diagnóstico evaluación integral y uso de medidas, 20

medidas transversales de síntomas, 841–842, 843–850
variación intraétnica en la interpretación de, 688 de trastorno
neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy, 700 Esquema para la formulación cultural y, 861–862 enfoque cultural centrado en la persona, 859, 862 , 863 de síntomas psicóticos, 104 relevancia de conceptos culturales de angustia para, 871–873 medidas de gravedad y, 842 Género asignado, 511 Características asociadas, uso de texto para ayudar en el diagnóstico, 26. *Ver también* Características de diagnóstico; **específico**

trastornos

Asma, 239, 241, 242, 245, 365, 434
Deterioro neurocognitivo asintomático (ANI), 718 *Ataque de nervios*, 17, 239, 244, 317, 873, 874 Ataxia y trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington, 727 Atonía y trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos, 463 Convulsiones atónicas y narcolepsia, 428 Anexo. *Véase también* Trastorno reactivo del apego, Trastorno del espectro autista y, 298 Trastorno de ansiedad por separación y, 217–218 Atención. *Véase también* Delirio por falta de atención y, 675 trastorno histriónico de la personalidad y, 757–758 dominios neurocognitivos, 669 comorbilidad del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH) y, 35, 75, 88, 98, 537, 920 trastorno de conducta y, 532 relacionado con la cultura problemas de diagnóstico, 72 características definitorias de, 36 trastorno del desarrollo de la coordinación y, 88 desarrollo y evolución de, 71 características diagnósticas y asociadas de, 70–71 criterios diagnósticos de, 68–70 marcadores diagnósticos de, 72 diagnóstico diferencial de, 73–75 atenuación síndrome de psicosis, 907 trastorno de conducta, 536

1010

trastornos depresivos, 182, 192
trastorno del desarrollo de la coordinación, 88
trastorno de compromiso social desinhibido, 301
trastorno de hipersomnolencia, 421 trastorno explosivo intermitente, 530 narcolepsia, 428 apnea obstructiva del sueño hipopnea, 434

trastorno negativista desafiante, 526
PTSD, 312
esquizofrenia, 120
trastorno de la comunicación social, 55
trastorno específico del aprendizaje, 85
trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 180
consecuencias funcionales de, 72–73 trastorno neuroconductual
asociado con la exposición prenatal al alcohol y, 920 estructura organizativa del DSM-5 y, 12 riesgo y
factores pronósticos, 71–72 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 19, 72
especificadores de, 37 trastorno específico del aprendizaje y, 83 pensamientos o conductas suicidas, 72

Síndrome de psicosis atenuada, 903–907

Anorexia nerviosa atípica, 396

Rasgos atípicos, como especificador, 172–173, 212

Seguimiento audiovisual, del sonambulismo, 455 .

Alucinaciones auditivas, 102, 336, 641

Austria y el desorden voyeurista, 782 ;

Australia, prevalencia del

trastorno de estrés agudo en, 316

trastornos de adaptación en, 320

trastorno por consumo de alcohol en,

559 anorexia nerviosa en, 384

trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos en, 377,

378 trastorno por atracción y, 394 bulimia nerviosa en, 390 eréctil

trastorno en, 483 trastorno de síntomas neurológicos funcionales en,

362 trastorno del desarrollo intelectual en niños aborigenes en, 44

Trastorno por juegos de Internet en, 916

trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington en, 727 trastorno por

consumo de otros alucinógenos en, 593 trastorno por consumo de fenciclidina en, 589 trastorno de

masoquismo sexual en, 789 trastorno de sadismo sexual en, 791 trastorno de ansiedad social en,

231

Características del trastorno del

espectro autista de, 36

comorbilidad y, 35, 67–68, 235, 373, 520 cuestiones

diagnósticas relacionadas con la cultura, 65 desarrollo y

curso de, 63–64 características diagnósticas y asociadas

de, 60–62 criterios diagnósticos para, 56 –57 diagnóstico

diferencial de, 66–67

TDAH, 74

trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 379

trastornos depresivos, 182
trastorno del desarrollo de la coordinación, 88
disforia de género, 519–520 trastorno del desarrollo intelectual, 45 trastorno explosivo intermitente trastorno reactivo del apego, 297–298 esquizofrenia, 120 trastorno esquizoide de la personalidad, 743 trastorno esquizotípico de la personalidad, 747 trastorno de ansiedad social, 234 comunicación social trastorno, 55 trastorno de movimiento estereotipado, 66–67, 91 consecuencias funcionales de, 65–66 prevalencia de, 62–63 factores de riesgo y pronóstico, 64 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 65 especificadores de, 37 pensamientos o conductas suicidas, sesenta y cinco

Información autobiográfica y amnesia disociativa, 338, 339, 340
Asfixia autoerótica, 800
Autoginefilia, 517, 799
Trastornos autoinmunes, 96, 132, 207
Hiperexcitación autonómica y trastorno de ansiedad generalizada, 251
Sistema nervioso autónomo y trastorno de hipersomnolencia, 419
Ataxia, sordera y narcolepsia cerebelosa autosómica dominante (ADCA-DN), 423
Evitación
 trastorno de estrés agudo y, 315, 316
 agorafobia y, 247 trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 377 trastorno dismórfico corporal y, 276 trastorno de identidad disociativo y, 332 trastorno eréctil y, 482, 484 dolor genitopélvico/trastorno de penetración y, 495 trastorno por duelo prolongado y, 323, 327

PTSD y, 306, 309
 trastorno de ansiedad social y, 230
 fobia específica y, 225–226
Trastorno de personalidad por evitación, 234–235, 733, 741, 744, 747, 764–768, 771, 883, 885–886
Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 68, 373, 376–381, 387
Abulia y síntomas negativos, 103, 115, 120
Conciencia y delirio, 675 ;
ayahuasca, 593

Comportamiento. **Véase también** Agresión; Agitación; Comportamiento antisocial; Evitación; fenotipo conductual; Comportamiento de recolección; Compulsiones; Comportamiento criminal; desinhibición; Comportamientos de mantenimiento de la salud; Impulsividad; Irritabilidad; Comportamientos repetitivos; Comportamiento sexual; Comportamiento o pensamientos suicidas trastorno de estrés agudo y, 316 anorexia nerviosa y, 387 trastorno del espectro autista y, 60, 297 trastorno de ingesta de alimentos por evitación/restricción y, 380 bulimia nerviosa y, 388, 389, 395 trastorno de conducta y, 522, 533 trastorno delirante y, 107 diagnóstico diferencial de compulsivo, 270–271 trastorno del juego y, 662 trastorno histriónico de la personalidad y, 758 intoxicación por inhalantes y, 605 narcolepsia y, 424 trastornos neurocognitivos y, 685, 727 trastorno de pesadillas y, 458 intoxicación por opioides y, 616 intoxicación por fenciclidina y, 595, 596 factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas y, 365 PTSD y, 307 trastorno del comportamiento del sueño de movimiento ocular rápido y, 461 trastorno reactivo del apego y, 297 intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 627 trastorno de ansiedad social y, 232 somático trastorno de síntomas y, 352 trastorno de movimientos estereotípicos y, 90 trastorno por consumo de estimulantes y, 636 Adicciones conductuales, uso del término, 543 Instituciones inducidas por el comportamiento síndrome de sueño suficiente, 420 Fenotipo conductual, de trastorno del desarrollo intelectual, 43 Variante conductual, de trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve, 696, 698 Creencias. **Véase también** Religión; Espiritualidad; Creencias sobrenaturales interés sexual femenino/trastorno de excitación y, 491 TOC y delirante o disfuncional, 267 Benzodiazepinas, 472, 507, 565, 622, 624, 626, 716 Benzoilecgonina, 638 Duelo, 110, 177, 192, 322, 460, 834. **Véase también** Grief Betel nut, 654, 655 Bias, afecto del proceso de evaluación diagnóstica, 16, 17, 688, 861–862. Ver Diferencias culturales;

Discriminación; Opresión; Racismo
Bilingüismo y trastornos de la comunicación, 48, 51, 53
Atracones y trastornos relacionados con estimulantes, 637,
644 Trastorno por atracón, 388, 392–396 Validadores
biológicos y clasificación DSM-5 de los trastornos del sueño y la vigilia, 407 Trastorno bipolar I. **Ver también** Trastornos bipolares y relacionados

trastorno bipolar II y, 154, 156
comorbilidad y, 150 cuestiones
diagnósticas relacionadas con la cultura,
147 desarrollo y curso de, 146–147
características diagnósticas y asociadas de, 143–146
criterios diagnósticos para, 139–142 diagnóstico
diferencial de, 148–150, 158, 161, 751, 910 consecuencias
funcionales de, 148 síntomas hipomaníacos y, 155 prevalencia
de, 146 factores de riesgo y pronóstico, 147 cuestiones
diagnósticas relacionadas con el sexo y el género, 147–148
pensamientos o conductas suicidas, 148 trastorno bipolar I con
características psicóticas, 149 Trastorno bipolar II, 150–158,
161, 910. **Véase también** Trastorno bipolar y relacionado(s)

Trastornos bipolares y relacionados. **Véase también** trastorno bipolar I; trastorno bipolar II; Trastorno bipolar y
relacionado debido a otra condición médica; trastorno ciclotímico; Otro trastorno específico relacionado con el
trastorno bipolar; Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos; Trastorno bipolar y
relacionado no especificado; Trastorno del estado de ánimo no especificado trastorno por consumo de alcohol y,
561 características de, 139 comorbilidad y, 271, 392, 561 episodios depresivos y, 188 diagnóstico diferencial de
TDAH, 74 trastorno por atracón, 395–396 trastorno psicótico breve, 110 trastorno de conducta, 536 delirante
trastorno, 108 trastornos depresivos, 191, 196, 200 trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo,
181 trastorno de identidad disociativo, 335 trastorno de oposición desafiante, 526 trastornos de personalidad,
756 trastorno esquizoafectivo, 125 esquizofrenia, 120 trastorno de ansiedad por separación, 221

sobrediagnóstico de en niños, 177
piromanía y, 539 especificadores de,
169–175 consumo de sustancias y,
545

Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, 149, 158, 161, 166–168, 196

Apagones

intoxicación por alcohol y, 562 como
concepto cultural de angustia, 874
intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 627
trastornos inducidos por sustancias/medicamentos y, 336

Ceguera y trastornos del sueño-vigilia, 449, 450

Concentración de alcohol en sangre, 559

Sangre-inyección-lesión fobia específica, 226, 228

Comorbilidad del trastorno

dismórfico corporal y, 235, 271, 277
conceptos culturales de angustia y, 879
cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura, 274 desarrollo y curso de, 274
características diagnósticas y asociadas de, 272–273
criterios diagnósticos para, 264, 271–272 diferencial diagnóstico de, 275–277 anorexia nerviosa, 387 trastorno delirante, 108 trastorno de excoriación, 286 trastorno funcional de síntomas neurológicos, 364 disforia de género, 519 trastorno de ansiedad por enfermedad, 360

TOC, 270

esquizofrenia, 120

trastorno de ansiedad social, 234

trastorno de síntomas somáticos, 356

tricotilomanía, 284 consecuencias

funcionales de, 275 prevalencia de, 273

factores de riesgo y pronóstico, 274

problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 274 pensamientos o conductas suicidas, 274 –275

Trastornos del comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo, 97

Disforia de integridad corporal, 276, 519

“Lenguaje corporal” y trastorno del espectro autista, 61

Índice de masa corporal (IMC), 382, 432

Bondage-dominación-sadismo-masoquismo (BDSM), 788, 791

Masa ósea y anorexia nerviosa, 385

Funcionamiento intelectual límite, 836

Comorbilidad del trastorno límite de la

personalidad y, 757 cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura, 755
definición de, 733 desarrollo y curso de, 755
características diagnósticas y asociadas de, 753–754, 883 criterios diagnósticos para, 752–753, 886–887
diagnóstico diferencial de, 756–757 trastorno por atracón, 392, 396

trastornos bipolares, 150, 158
trastorno ciclotímico, 161
trastorno de identidad disociativo, 336
trastorno ficticio, 369 trastorno explosivo
intermitente, 529–530 trastorno de autolesiones
no suicida, 925 otros trastornos de personalidad,
741, 747–748, 751, 759, 763, 770 –771 trastorno de ansiedad por separación, 221
trastorno depresivo mayor y, 189 trastorno depresivo persistente y, 194 prevalencia
de, 754–755 factores de riesgo y pronóstico, 755 problemas de diagnóstico relacionados
con el sexo y el género, 755–756 trastorno de masoquismo sexual y, 790 tendencias
suicidas pensamientos o comportamiento, 756 encefalopatía espongiforme bovina, 722
bradicardia y abstinencia de estimulantes, 643 bradicinesia y parkinsonismo inducido
por medicamentos, 808, 809 disfunciones o diferencias cerebrales. *Ver también*
Neuroimagen; Lesión cerebral traumática

trastorno de acumulación y, 280
trastorno del desarrollo intelectual y, 43 esquizofrenia
y, 116
"Brain fag", como concepto cultural de angustia, 876
Sistema de recompensa cerebral y abuso de sustancias,
543 Tumores cerebrales, 110 Brasil, estudios de trastornos
mentales en, 179, 269 Trastornos del sueño relacionados
con la respiración, 416, 420–421, 456. *Ver también* apnea central del sueño; apnea obstructiva del sueño hipopnea;
Hipoventilación relacionada con el sueño Trastorno psicótico breve, 108–111, 113, 120, 906 Bulimia nerviosa, 375, 387–
392, 395, 541 Bullying Trastorno de identidad disociativo y, 333 TEPT y, 305 Trastorno de ansiedad por separación y, 219

Buprenorfina, 507, 508, 610, 612
"Burnout", como expresión cultural de angustia, 859 .

Cafeína, 417, 471, 913. *Véase también* Trastorno por consumo de
cafeína Trastornos mentales inducidos por cafeína, 571, 574
Intoxicación por cafeína, 569–571 Trastorno por consumo de cafeína,
910–913. *Véase también* Cafeína Abstinencia de cafeína, 571–574,
911 Camboya

trastorno de estrés agudo y cultura de, 317
contexto cultural del trastorno de pesadilla, 459
síndromes culturales y ataques de pánico, 239, 244, 876
Camuflaje y trastorno dismórfico corporal, 273 ;
Canadá, prevalencia de

trastornos de adaptación en, 320
trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos en, 378 trastorno por atracón en, 394

1013

bulimia nerviosa en, 390 apnea central del sueño en, 437 trastorno del desarrollo de la coordinación en, 87 trastorno exhibicionista en, 784 trastorno frotteurístico en, 786 trastorno del juego y poblaciones indígenas de, 664 disforia de género en, 516, 519 cleptomanía en, 540 trastorno neuroconductual asociado con exposición prenatal al alcohol en, 919 trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos en, 454 trastorno específico del aprendizaje y, 84 trastornos de tics en, 95 trastorno voyeurista en, 781 Cáncer, 365 Síndrome de hiperemesis cannabinoides, 582 Cannabis, 129, 147, 159, 471, 503.
Véase también Trastornos relacionados con el cannabis; trastorno por consumo de cannabis;

Abuso de sustancias

Trastornos mentales inducidos por cannabis, 581, 584, 586
Intoxicación por cannabis, 581, 582–584 Trastornos relacionados con el cannabis. **Véase** Cannabis; trastornos mentales inducidos por cannabis; Cannabis intoxicación; trastorno por consumo de cannabis; abstinencia de cannabis; Trastorno no especificado relacionado con el cannabis Trastorno por consumo de cannabis, 128, 575–581. **Véase también** Cannabis; Trastornos por abuso de sustancias Abstinencia de cannabis, 578, 581, 584–586 Transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), 559 Trastornos y síntomas cardiovasculares, 218, 245, 259, 415, 435, 467, 483, 555–556. **Ver también**

Enfermedad coronaria

Cuidadores y cuidadores. **Véase también** Cuidado de crianza; Padres)
enfermedad de Alzheimer y, 694
personas bilingües con demencia y comunicación con, 668 trastorno de compromiso social desinhibido y, 300 trastorno de duelo prolongado y, 325

Formulación de casos y uso del manual, 21

Cataplejía y narcolepsia, 423 ;
catatonía
trastorno del espectro autista y, 59, 60, 62
características definitorias de, 102, 134–135
diagnóstico diferencial de, 168 distonía aguda inducida por medicamentos y, 813 como especificador de trastornos bipolares y relacionados, 173 como especificador de trastornos depresivos, 213

Catatonía asociada con otro trastorno mental, 135–136

Trastorno catatónico debido a otra condición de medicación, 136–137 Estupor catatónico y mutismo, [342](#) Enfoque categórico y sistema DSM, 14–15 Catinonas, [635, 654](#) Calculadora de percentiles de IMC de los CDC para niños y adolescentes, [382](#) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, [23, 382, 719](#) Sistema nervioso central. **Ver también** Trastornos neurológicos; Signos blandos neurológicos

efectos del alcohol en, [556](#)
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra condición médica y, [730](#)
Apnea central del sueño, [434, 435–439, 442](#)
Angiopatía amiloide cerebral, [705](#) Infarto cerebral y síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados, [292](#) Parálisis cerebral, [88](#) Enfermedad cerebrovascular, [207, 639, 695, 702, 703–704, 726](#). **Consulte también** Accidente cerebrovascular Dolor torácico e intoxicación por estimulantes, [639](#) Respiración de Cheyne-Stokes y apnea central del sueño, [436, 437, 438, 439](#) Abuso infantil. **Véase también** Experiencias infantiles adversas; Descuido; Abuso físico

trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, [378](#) trastorno por consumo de cannabis y, [582](#) codificación de, 823–825 trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, [362](#)
PTSD y, [308, 311](#)
trastorno de ansiedad social y, [232](#)
trastorno por consumo de estimulantes y, [637](#)
Apraxia infantil del habla, [50](#) Dispraxia infantil, [86](#) Fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo), [36, 51–54](#) Niños. **Véase también** Adopción; Experiencias infantiles adversas; Años; Abuso infantil; Desarrollo; Orfanato; bebés; Descuido; Padre(s) trastorno de estrés agudo en, [317](#) agorafobia en, [248](#) trastorno de personalidad por evitación y, [766](#) trastornos bipolares en, [146, 156, 159](#) trastornos relacionados con la cafeína y, [570, 573](#) apnea central del sueño en, 437–438 trastorno de conducta en, [533](#) delirio en, [677](#) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en, [149, 179, 181–182](#) amnesia disociativa en, [339](#) trastorno de identidad disociativo en, [333](#) enuresis en, [400](#) disforia de género en, [513–514](#) trastorno de ansiedad generalizada en, [252](#) trastorno de insomnio en, [413](#) episodios maníacos en, [144, 145](#) trastorno de pesadilla en, [458](#) trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos en, [454](#) TOC en, [268](#)

apnea obstructiva del sueño hipopnea en, 432

1014

sobrediagnóstico de trastornos bipolares en, 177
acumulación patológica en, 279 trastorno pedófilo
y, 793 trastornos de personalidad en, 735–736,
743, 746, 776 TEPT en, 303–304, 305, 308, 309 trastorno
de duelo prolongado en, 325 apego reactivo trastorno
en, 296 síndrome de piernas inquietas en, 466
esquizofrenia en, 117–118 mutismo selectivo y, 222
trastorno de ansiedad por separación en, 218, 219
hipoventilación relacionada con el sueño en, 442
trastorno de síntomas somáticos en, 353 fobia específica
y, 226–227 traumática lesión cerebral en, 710 Chile, y
trastorno por consumo de cannabis, 582 China,
prevalencia del trastorno por consumo de alcohol en,
558 trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos en, 378 conceptos culturales de angustia en,
354, 875, 877–878 Juegos de Internet y, 914 enuresis en,
400, 401 síndrome neuroléptico maligno en, 810 trastorno de
pesadilla en, 459 trastorno de duelo prolongado en, 324
trastorno del comportamiento del sueño con movimientos
oculares rápidos en, 462 *Clasificación China de
Trastornos Mentales* (CCMD), 877–878 Corea, 97, 428
Crónica trastorno de insomnio, 417 Trastorno depresivo
mayor crónico, 194 Enfermedad pulmonar obstructiva
crónica (EPOC), 241, 242, 244, 245, 441, 442 *Cibih*, 878
Trastorno de sueño-vigilia del ritmo circadiano, 416, 421,
443–451 Sexo cis, 511 Compulsiones de limpieza, 264, 266
Comité Clínico y de Salud Pública (CPHC) y proceso de revisión del
DSM, 9 Investigación clínica y conceptos culturales de angustia, 872–873
Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por
el médico, 842, 851, 852–853 Síndrome del niño torpe, 86 Trastornos de
personalidad del grupo A, 734. *Véase también* Trastorno de personalidad paranoide;
Trastorno esquizoide de la personalidad; Trastorno esquizontípico de la personalidad
Trastornos de la personalidad del Grupo B, 734. *Véase también* Trastorno antisocial de la
personalidad; Trastorno límite de la personalidad; Trastorno de personalidad histriónica;
trastorno de personalidad narcisista

Trastornos de la personalidad del grupo C, 734. **Véase también** Trastorno de la personalidad por evitación; personalidad dependiente trastorno; Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad Cocaína.

Véase también trastorno por consumo de cocaína; Estado de ánimo

disfórico por abuso de sustancias y, 205 trastorno de excoriación y, 287 prevalencia del consumo, 642 trastornos relacionados con estimulantes y, 635 trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos y, 129 trastornos de tics y, 94 trastorno por consumo de cocaína, 128, 636. **Véase también** Cocaína ; Trastorno por consumo de estimulantes; Trastornos por abuso de sustancias Códigos y codificación de.

Ver también Especificadores deterioro cognitivo relacionado con la edad, 836 trastorno del espectro autista y, 57, 59 funcionamiento intelectual límite, 836 abuso infantil, 823–825 información contextual en DSM-5-TR sobre, 26 "sin diagnóstico o condición", 803, 805 delirio, 674–675 trastorno de hipersomnia, 418 trastorno de insomnio, 410 *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica* y oficial

sistema de, 13, 23–24

simulación, 835 trastorno de pesadilla, 458 "otras condiciones

que pueden ser un foco de atención clínica," 28 abuso físico y negligencia, 822– 823 trastorno disfórico premenstrual, 198 problemas psicosociales o ambientales que afectan el diagnóstico, 821 , 825–828, 830, 831–834 autolesiones, 822

trastorno específico del aprendizaje, 78 trastorno por uso de estimulantes, 635 intoxicación o abstinencia de sustancias, 549–550 trastornos inducidos por sustancias/medicamentos, 127–128, 163, 202–203, 256–257, 289, 469–470, 552–

553, 714

trastornos por uso de sustancias, 547

subtipos y especificadores, 22

conducta suicida y trastorno de conducta suicida, 822, 920

Deficits cognitivos. **Véase también** Déficits neurocognitivos consumo de alcohol y, 556 trastornos bipolares y, 148, 157 Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de la psicosis, 851 codificación de trastornos relacionados con la edad, 836 insomnio y, 412 trastornos neurocognitivos y, 685, 724, 727, 728 psicóticos trastorno debido a otra afección médica y, 133 esquizofrenia y, 115, 116, 117 trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 625

efectos secundarios de medicamentos y relacionados con la edad, 623–624 trastorno específico del aprendizaje y, 80 Esquemas de desconexión cognitiva y trastorno de despersonalización/desrealización, 345 Dominios cognitivos y trastornos neurocognitivos, 668, 669–671 Comportamiento de colecciónismo y trastorno de acumulación, 278 Colombia, prevalencia del trastorno de ansiedad por separación en, 219 Pruebas de tránsito colónico y encopresis, 404 Coma, delirio y, 676 intoxicación por opioides y, 616 intoxicación por otros alucinógenos y, 597 Comunicación. **Ver también** Trastornos de la comunicación; Idioma; Comunicación no verbal; Social

comunicación

síndrome de psicosis atenuada y desorganizada, 904 definición de, 47 mutismo selectivo y, 222 reglas sociales de, 54

Trastornos de la comunicación, 35–36, 45, 120, 222, 223–224, 747. **Véase también** Fluidez de inicio en la niñez trastorno; trastorno del lenguaje; Trastorno de la comunicación social; trastorno del sonido del habla; Trastorno de comunicación no especificado Factores de riesgo a nivel comunitario, para trastorno de conducta, 535 Comorbilidad. **Ver** Diagnóstico diferencial; **trastornos específicos** Atención compleja y dominios neurocognitivos, 669 Tics motores complejos y tics vocales complejos, 94 Evaluación integral, del trastorno específico del aprendizaje, 80 Compulsiones y definición de conducta compulsiva de, 263 trastorno de ansiedad por enfermedad y, 359 cleptomanía y, 541 TOC y, 266 Tomografía computarizada (TC) y trastornos neurocognitivos, 698, 708 Concentración, 251, 415. **Ver también** Déficits cognitivos Dominio conceptual (académico), del funcionamiento adaptativo, 42 Marco conceptual, del DSM-5 y DSM-5-TR, 13–20 “Condiciones para estudios adicionales,” 20 Trastorno de conducta TDAH y, 73, 75 Trastorno de personalidad antisocial y, 749 Trastorno por consumo de cannabis y, 579 Comorbilidad de, 537 Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura, 535 Desarrollo y curso de, 534 Diagnóstico y características asociadas de, 533 criterios de diagnóstico para, 530–532 diagnóstico diferencial de, 536–537

trastorno por consumo de alcohol, [561](#) trastorno froteurístico, [787](#) trastorno explosivo intermitente, [530](#) kleptomanía, [540](#) trastorno de oposición desafiante, [525](#) trastorno de ansiedad por separación, [221](#) trastorno de sadismo sexual, [792](#) trastorno voyeurista, [782](#) encopresis y, [403](#) consecuencias funcionales de, [536](#) genética de, [535](#) inhalante trastorno por consumo de alcohol y, [605](#) trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y, [920](#) trastorno por consumo de opioides y, [615](#) prevalencia de, [534](#) piromanía y, [539](#) factores de riesgo y pronóstico, 534–535 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, [535](#) especificadores de, 532–533 Trastorno por uso de estimulantes y, [637](#) subtipos de, [532](#) pensamientos o conductas suicidas, 535–536 Hipovenilación alveolar central congénita, [440](#) Insuficiencia cardíaca congestiva y apnea central del sueño, [434](#) Estreñimiento y encopresis, [402, 403, 404, 405](#) Contaminación obsesiones, [264](#) Hipotonía continua y narcolepsia, [424](#) Control. **Ver** también Agencia *ataques de nervios* y, [874](#) trastorno por atracón y, [393](#) bulimia nerviosa y, [388](#) delirios y, [101](#) trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y, [772](#) eyaculación precoz y, [502, 504](#)

Desorden de conversión. **Véase** Afrontamiento del trastorno de síntomas neurológicos funcionales y Esquema para la formulación cultural, [861](#) Coprolalia y copropraxia, [94](#) Síndrome de Cornelia de Lange, [91, 919](#) Enfermedad coronaria, [365, 484](#). **Véase también** Enfermedad cardiovascular Insuficiencia cardíaca congestiva Degeneración corticobasal, [699](#) Corticosteroides y sustancia/ trastorno bipolar y relacionado inducido por medicamentos, [165](#). **Véase también** Tratamiento cosmético con esteroides y trastorno dismórfico corporal, [273](#) Council on Psychiatry and Law (APA), [9](#) Trastornos del cortejo, [779](#) Crack de cocaína, [635](#) Accidente y abstinencia de estimulantes, [644](#) Craving y consumo de sustancias trastornos, [546, 555, 622, 643, 647, 650](#)

Creatividad y trastorno bipolar II, [155](#) Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, [721–722](#) Conducta delictiva .

Véase también Sistema legal trastorno por consumo de alcohol y, [560](#) trastorno de personalidad antisocial y, [749, 752](#) trastorno de conducta y, [534, 536](#) trastorno ficticio y, [368](#) trastorno por consumo de opioides y, [611](#) trastorno de sadismo sexual y, [791, 792](#) trastorno por consumo de estimulantes y, [639](#) Enfermedad de Crohn, [59, 250](#) Comité de revisión transversal sobre cuestiones culturales, [18](#) Medidas de síntomas transversales, [5, 15, 841–842, 843–850](#) Travestismo . **Véase** Trastorno travesti. Antecedentes culturales. **Ver** Contextos culturales; etnicidad; **países específicos** Conceptos culturales de angustia. **Véase** **también** Modismos culturales de angustia; Síndromes culturales

trastorno de estrés agudo y, [317](#) definición de, [16–17, 871](#) ejemplos de, [873–879](#) PTSD y, [311](#) relevancia de para la evaluación diagnóstica, [871–873](#) Contexto cultural. **Véase también** Diferencias culturales; problemas de diagnóstico relacionados con la cultura; Cultural síndromes; Idioma; Contexto sociocultural de los trastornos de adaptación, [321](#) de los trastornos de ansiedad, [215](#) evaluación de síntomas psicóticos y, [104](#) del trastorno bipolar I, [147](#) de eyaculación retardada, [480](#) de delirios, [101, 118](#) desarrollo del DSM-5-TR y, [16](#) de trastornos disociativos, [329, 334](#) de trastorno de síntomas neurológicos funcionales, [363](#) de ludopatía, [662](#) de identidad de género, [518](#) de trastorno de ansiedad generalizada, [253](#) de trastorno del desarrollo intelectual, [44](#) de trastorno depresivo mayor, [190](#) de trastorno de pesadillas, [459](#) de obsesiones y compulsiones, [268](#) de personalidad [197](#) de trastorno disfórico premenstrual, [198](#) de trastorno de ansiedad social, [230, 231](#) de trastorno de síntomas somáticos, [354](#) de trastorno de sonidos del habla, [51](#) de trastorno de movimientos estereotipados, [91](#) de trastornos por uso de sustancias, [544](#) de eventos traumáticos, [311](#)

uso de términos, 18, 859–860

Diferencias culturales. **Véase también** Conceptos culturales de angustia; Contexto cultural; problemas de diagnóstico relacionados con la cultura; Síndromes culturales en actividades de la vida diaria, 88 en consumo de alcohol o sustancias, 159, 165 en duelo, 834 entre médico y paciente como fuente de sesgo, 16, 861–862 trastorno dismórfico corporal y 274 en capacidad cognitiva como parte del envejecimiento normal , 687–688 en grados de separación, 220 importancia de la evaluación de los trastornos mentales, 16 en normas para la interacción social, 65 en TOC, 267 trastorno disfórico premenstrual y, 199 trastorno de duelo prolongado y, 324 disfunciones sexuales y, 477, 482, 487, 491, 495, 496, 499, 502 Explicación cultural o causa percibida, uso de frase en DSM-5-TR, 17 Entrevista de formulación cultural, 20, 28, 104, 859, 862–863, 864–871 Identidad cultural, 17, 864. **Véase también** Etnia Cultural modismos de angustia. **Véase también Ataque de nervios;** Conceptos culturales de angustia; Cultural

síndromes; **Ataques de Khyâl (viento); Koro; shenjing shuairuo; Shubo-kyofu;** “Pérdida del alma”; **Taijin kyofusho; Trúng gió** trastorno dismórfico corporal y, 274 trastorno de síntomas somáticos y, 354 uso del término en DSM-5-TR, 17, 859 Síndromes culturales. **Véase también** Conceptos culturales de angustia; Modismos culturales de angustia

trastorno de pánico y, 239, 244 uso
del término en DSM-5-TR, 17

Cultura. **Véase también** Conceptos culturales de angustia; Contexto cultural; Diferencias culturales; Cultural identidad; Modismos culturales de angustia; Definición de problemas de diagnóstico relacionados con la cultura, 860 enfoque en problemas de DSM-5-TR, 18–19 Culture-bound-syndrome. **Consulte** Síndromes culturales Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura. **Véase también** Contexto cultural; Diferencias culturales; Cultura; **específico trastornos**

trastornos de ansiedad y, 220, 223, 227, 232–233, 239, 244, 253 síndrome de psicosis atenuada y, 906 trastornos bipolares y relacionados y, 147, 167 información contextual en el DSM-5-TR sobre, 26 trastornos depresivos y, 180 , 189–190, 195, 199 trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta y, 525, 529, 535 trastornos dissociativos y, 334, 340, 345 trastornos de la eliminación y, 401, 404 trastornos alimentarios y alimentarios y, 372–373, 378, 385, 391, 395 ludopatía y, 664 disforia de género y, 518

trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y, 919
trastornos neurocognitivos y, 687–688, 693, 725 trastornos del neurodesarrollo y, 44,
65, 72, 83–84, 87–88, 91, 96 trastorno de autolesión no suicida y, 925 trastornos
obsesivo-compulsivos y relacionados, 268, 274, 280, 283, 286 apnea obstructiva del
sueño hipopnea y, 432 trastornos parafílicos y, 789, 791, 797 trastornos de personalidad
y, 736, 740, 743, 746, 750–751, 755, 759, 763, 766, 770, 774 Espectro esquizofrénico
y otros trastornos psicóticos, 107, 110, 118–119, 124 Disfunciones sexuales y, 483,
487–488, 492, 496–497, 500, 503 Trastornos del sueño-vigilia y, 414, 426, 432, 459, 462, 466
síntomas somáticos y trastornos relacionados y, 354, 359, 363, 366 trastornos por consumo de
sustancias y, 558, 563, 573, 580, 593, 604, 612, 624, 637–638, 648, 655, 912 trastorno de
conducta suicida y, 922 trastornos relacionados con trauma y estrés y, 297, 300–301, 310–311,
317, 321, 325–326

Maldiciones y contexto cultural de los delirios, 118, 124 .

Enfermedad de Cushing, 110, 149, 158, 167, 168, 207, 208

Cortaduras y autolesiones, 924 .

Ciclohexamina, 588–589

Trastorno ciclotímico, 157, 159–162, 196, 910

Clasificación diaria de la gravedad de los
problemas, 199 “Dabbing” y trastorno por
consumo de cannabis, 577 Somnolencia diurna (excesiva), 412, 433, 445, 447, 450, 465, 467. Ver también
Siestas y sordera de siesta y trastorno del espectro autista, 63 Muerte. Véase también Duelo; Pena; Tasas
de mortalidad intoxicación por alcohol y, 563–564 enfermedad de Alzheimer y, 692 trastorno límite de la
personalidad y, 754 intoxicación por cafeína y, 571 de niños con trastorno del espectro autista, 66 de
niños y trastorno de duelo prolongado, 326 enfermedad de Huntington y, 728 trastornos relacionados
con inhalantes y, 604, 607 trastorno depresivo mayor y pensamientos de, 185, 186 trastorno
neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática y, 709 síndrome neuroléptico maligno
y, 811 toma de decisiones y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 773 eyaculación
retardada, 478 –481, 501 Expresión retardada, de PTSD, 308 Tipo de fase de sueño retardada, del
ritmo circadiano trastorno de sueño-vigilia, 416, 444–446 Delirio trastornos relacionados con el alcohol
y, 471, 565–566, 568 codificación de, 674–675 comorbilidad de, 209

desarrollo y curso de, 677 diagnóstico y características asociadas de, 675 criterios de diagnóstico para, 672–674 marcadores de diagnóstico, 677 diagnóstico diferencial de, 677–678 trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, 260 trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, 167 trastorno catatónico debido a otra afección médica, 137 trastorno delirante, 108 trastorno depresivo debido a otra afección médica, 208 trastorno explosivo intermitente, 530 trastornos neurocognitivos, 689, 706, 721 trastorno obsesivo compulsivo debido a otra afección médica, 292–293 trastornos mentales inducidos por opioides y, 619 cambio de personalidad debido a otra afección médica, 777 trastorno psicótico debido a otra afección médica, 133–134 trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, 258 trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, 474 consecuencias funcionales de, 677 cambio de personalidad debido a otra condición médica y, 776 prevalencia de, 676–677 factores de riesgo y pronóstico, 677 sedativo, abstinencia hipnótica o ansiolítica y, 630 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 677 especificadores para, 675 trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos y, 165, 168 trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos y, 551 consumo de sustancias y, 545 Delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), 576, 577, 583, 592 Delusion(s). **Véase también** Delirios extraños; Desorden delirante; Delirios de grandeza; referencial

alucinaciones

1018

síndrome de psicosis atenuada y, 904
trastorno dismórfico corporal y, 272 disforia ender y, 520 trastorno de ansiedad por enfermedad y, 360 kleptomanía y, 541 episodios maníacos y, 144 narcolepsia y, 428 trastornos psicóticos y, 101, 128, 132, 229 esquizofrenia y, 115, 118 trastorno esquizotípico de la personalidad y, 745

Trastorno delirante, 104–108, 120, 191–192, 234, 276, 356, 879 Demencia y trastorno depresivo mayor, 186, 667. **Véase también** Enfermedad de Alzheimer Demencia con cuerpos de Lewy (DLB), 700, 701, 725

Desmoralización y trastorno depresivo debido a otra afección médica, [209](#) Dinamarca, prevalencia de trastornos de adaptación en, [320](#) Enfermedad de Alzheimer en, [694](#)

Trastorno de síntomas somáticos en niños, [353](#) Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos en, [129](#) Esmalte dental y bulimia nerviosa, [391](#) Trastorno de personalidad dependiente, [221](#), [733](#), [756–757](#), [760](#), [767](#), 768–771

Despersonalización, [308](#), [315](#), [318](#), [336](#). **Véase también** Desrealización

Despersonalización/trastorno de desrealización, [329](#), [335](#), 343–347 Depresión. **Véase también** Trastornos depresivos trastorno por consumo de alcohol y, [561](#) síndrome de psicosis atenuada y, [907](#) Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de la psicosis, [842](#) trastorno eréctil y, [485](#) trastorno de hipersomnolencia y, [421](#) trastornos neurocognitivos y, [684](#), [712](#) apnea obstructiva del sueño hipopnea y, [435](#) trastorno por consumo de estimulantes y, 635–636

Trastorno(s) depresivo(s). **Véase también** Depresión; Trastorno depresivo debido a otra condición médica;

Trastorno depresivo debido a enfermedad cerebrovascular; Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; Trastorno depresivo mayor; Episodios depresivos mayores; Otro trastorno depresivo especificado; Trastorno depresivo persistente; Trastorno disfórico premenstrual; trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos; Características comunes del trastorno depresivo no especificado, [177](#) comorbilidad y, [250](#), [271](#), [343](#), [347](#), [356](#), [364](#), [392](#), [615](#), [768](#), [771](#) diagnóstico diferencial de TDAH, [74](#) trastorno por atracón, 395–396 trastorno psicótico breve, [110](#) conducta [536](#) trastorno delirante, [108](#) trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington, [729](#) trastorno negativista desafianta, [526](#) trastornos de la personalidad, [737](#), [756](#) trastorno de duelo prolongado, [327](#) trastorno de apego reactivo, [298](#) trastorno esquizoafectivo, [125](#) trastorno de ansiedad por separación, [221](#) uso de opioides y, [615](#) piromanía y, [539](#) especificadores de, 210–214 consumo de sustancias y, [545](#) Trastorno depresivo por enfermedad cerebrovascular, [706](#) Trastorno depresivo por otra afección médica, [191](#), [196](#), [205](#), 206–209 Episodios depresivos de corta duración hipomanía, 907–910 Descarrilamiento y pensamiento desorganizado, [102](#) Desrealización, [240](#), [315](#), [318](#). **Véase también** Despersonalización

Dermatitis artefacta, [287](#)
Dermatoscopia y tricotilomanía, [283](#) “Drogas de diseño” y diagnóstico diferencial del trastorno por uso de estimulantes, [639](#) Destino y contexto cultural de eventos traumáticos, [311](#) Desapego y rasgos de personalidad, [893](#), **899–900** Desintoxicación y abstinencia de alcohol, [566](#) Trastorno del espectro autista del desarrollo de niños y adolescentes y, [60](#) Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, [380](#) Trastorno de participación social desinhibida y, [299](#) Enuresis y retrasos en, [402](#) Trastorno neuroconductual asociado a la exposición prenatal al alcohol y, [918](#) Trastornos del neurodesarrollo y, [35](#) estructura organizativa del DSM-5 y, [12](#) cambio de personalidad debido a otra afección médica y, [776](#) trastorno de duelo prolongado y, [325](#), [326](#) TEPT y, [308](#) trastorno reactivo del apego y, [296](#) lesión cerebral traumática en niños y, [710](#) Desarrollo y curso, de trastornos mentales. **Ver** Edad de inicio; Duración; **trastornos específicos** *Trastorno del desarrollo de la coordinación*, [85–88](#) Dextroanfetamina, [635](#) Síndrome de **Dhat**, [874–875](#) Diabetes, [365](#), [384](#), [402](#), [483](#), [484](#), [485](#), [492](#), [501](#) Diagnóstico. **Véase también** Evaluación; problemas de diagnóstico relacionados con la cultura; marcadores de diagnóstico; Diagnóstico diferencial; diagnóstico erróneo; sobrediagnóstico; problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género; subdiagnóstico; **trastornos específicos**

1019

enfoques categóricos y dimensionales para, [14–15](#) declaración de advertencia para el uso forense del DSM-5, [29](#) información contextual en DSM-5-TR para ayudar en, [26–27](#) conceptos culturales de angustia y precisión de, [873](#) componentes esenciales de, [14](#), [21](#) impacto del racismo y la discriminación en, [17–18](#) provisional como modificador, [24](#) motivo de visita y principal, [24](#) Criterios de diagnóstico. **Ver** Edad de inicio; Diagnóstico; Angustia; **trastornos específicos** Características diagnósticas. **Ver** Comportamiento; Diagnóstico; Criterios de duración; **trastornos específicos** Marcadores de diagnóstico. **Ver** **también** Pruebas de laboratorio para ADHD, [72](#) para enfermedad de Alzheimer, [693–694](#) para anorexia nerviosa, [385–386](#) para bulimia nerviosa, [391](#) información contextual en DSM-5-TR on, [27](#) para delirio, [677](#)

por trastorno depresivo por otra condición médica, 208 por encopresis, 404 por trastornos neurocognitivos, 698, 701, 710, 720, 723, 725, 728 por trastorno de pánico, 240 por trastorno pedófilo, 795 por pica, 373 por trastorno disfórico premenstrual, 199 para disfunciones sexuales, 484, 504 para trastornos del sueño y la vigilia, 414–415, 419–420, 426–427, 433, 438, 441, 455, 459, 463, 467 para trastornos por uso de sustancias, 130, 205, 257, 293, 473, 638, 648, 716 para trastorno de conducta suicida, 922 para tricotilomanía, 283 Diazepam, 630 Dieta y dieta, 394, 395, 403. **Ver también** Apetito; Preferencias de comida; Desnutrición; Mineral

deficiencias

Diferencias de desarrollo sexual (DSD), 511, 517, 518

Diagnóstico diferencial. **Ver también trastornos específicos**

explicaciones alternativas para la patología de la personalidad y,

883 información contextual en el DSM-5-TR, 27 conceptos

culturales de angustia y, 873 diagnóstico provisional y, 24

trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos y,

552 Enfoque dimensional del diagnóstico, 14–15, 35 , 734 a los

rasgos de personalidad, 892–893 Disminución de la expresión

emocional y síntomas negativos, 102–103 Comienzo tenue de

melatonina ligera (DLMO), 445 Discapacidad. **Ver también**

Trastorno de ansiedad generalizada por angustia y, 253 Trastorno

neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington y, 728–

729 Cambio de personalidad debido a otra afección médica y, 777 Programa

de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud y,

854 Interrupción de antidepresivos, 818 Discriminación. **Véase también** Sesgo; Opresión;

Racismo trastorno por consumo de alcohol y, 556, 557 codificación para, 832 trastorno de

conducta y, 535 trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 180 enfoque

en el DSM-5-TR, 18–19 disforia de género y, 519 trastorno de ansiedad generalizada y, 253

impacto de sobre diagnóstico psiquiátrico, 17–18 trastorno depresivo mayor y, 189, 190

diagnóstico erróneo de esquizofrenia y, 18, 116, 118, 119, 147 trastorno de pánico y, 238

delirios paranoides y, 101 trastorno de personalidad paranoide y, 739 TEPT y, 308, 310

proceso de revisión del DSM-5 y, 11
trastorno de ansiedad social y, 232
trastornos relacionados con el tabaco y, 648
Trastorno desinhibido de la participación social, 295, 298–301
Desinhibición, trastorno conductual por consumo de cannabis y, 579 trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 522 trastorno por consumo de inhalantes y, 604 trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve y, 696 como rasgo de personalidad, 893 , 900–901 trastorno del compromiso social y, 299 Trastornos del desarrollo intelectual, 46 Pensamiento y habla desorganizados, 102, 119 Disparidad y atención a la cultura, el racismo y la discriminación en el DSM-5-TR, 18 Disruptivo, control de impulsos, y trastornos de conducta, características de, 521–522. *Ver también* Trastorno de personalidad antisocial; Desorden de conducta; Trastorno explosivo intermitente; Cleptomanía; Trastorno de oposición desafiante; Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado; Piromanía; Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, 74, 75, 149, 178–182, 191, 526, 529 Amnesia disociativa, 307, 315, 329–330, 331, 335, 336, 337 –343, 456

1020

Trastornos disociativos. *Ver también* Trastorno de despersonalización/desrealización; amnesia disociativa; Trastorno de identidad disociativo; Síntomas disociativos; Otro trastorno disociativo especificado; Características del trastorno disociativo no especificado, 329–330 diagnóstico diferencial de, 313, 318, 346, 364 relacionado con el sueño, 460 Fuga disociativa, 332, 338, 456 Trastorno de identidad disociativo, 330–337, 340–341 Síntomas disociativos **ataques de nervios** y , 874 de trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 362 consumo de fenciclidina y, 589 de TEPT, 306, 308, 335 como factor de riesgo de suicidio, 334 Distrábilidad, y episodios maníacos, 144 Angustia, como criterios diagnósticos. *Véase también* angustia ansiosa; Modismos culturales de angustia; Invalidez

trastornos de adaptación y, 322
trastornos relacionados con el alcohol y, 565,
568 síndrome de psicosis atenuada y, 904
trastorno por atracón y, 394 trastorno dismórfico corporal y, 273 como criterio de significación clínica, 23 conceptos culturales de, 239
trastorno ciclotímico y, 160

trastorno de despersonalización/desrealización y, 344
trastorno de excoración por, 285 trastorno fetichista y,
797 disforia de género y, 513, 515–516, 519 trastorno de
ansiedad generalizada y, 251, 253 trastorno de
acumulación y, 278–279 acatisia aguda inducida por
medicamentos y, 813

TOC y, 267
abstinencia de opiáceos y, 618
Esquema para Formulación Cultural y, 861
trastorno de pánico y ataques de pánico, 244
trastornos parafílicos y, 780, 781, 799 cambio
de personalidad debido a otra condición médica y, 776 trastorno de
duelo prolongado y, 324 disfunciones sexuales y, 198, 486, 490, 491
trastornos del sueño-vigilia y, 420, 455, 470 trastorno de síntomas
somáticos y, 352 fobia específica y, 226 trastornos por consumo de
sustancias y, 551, 585, 570, 572 tricotilomanía y, 282

Desconfianza y trastorno de personalidad paranoica, 738, 739. **Véase también**
Desconfianza Diuréticos y bulimia nerviosa, 389 Subtipo solo diurno, de enuresis,
399, 400 Diversidad del abuso y la dependencia del alcohol en las comunidades
de indígenas americanos y nativos de Alaska, 556 de género y trastorno del
espectro autista, 515 revisión del DSM-5-TR y, 9 Dizocilpina, 589 Violencia doméstica. **Véase también** Abuso
físico; Codificación de violencia de, 825–828 trastorno de identidad disociativo y, 334 trastorno de excitación/
interés sexual femenino y, 493 trastorno disfórico premenstrual y, 199 trastorno específico del aprendizaje y,
84 trastorno por uso de estimulantes y, 637 agentes bloqueantes del receptor de dopamina. **Ver** Medicamentos
antipsicóticos Exploraciones del transportador de dopamina y trastornos neurocognitivos, 725 Ultrasonografía
Doppler, 484 Síndrome de Down, 43, 45, 51, 59, 432, 693, 919 Doxepina, 472 Sueños. **Véase también**
Pesadilla(s) trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos y, 453 TEPT y, 306, 311
trastorno conductual del sueño con movimientos oculares rápidos y, 461 Adicción a las drogas, uso del
término, 543 DSM-II e historia del sistema DSM, 6 DSM-III

historia del sistema DSM y, 6

prevalencia del trastorno de ansiedad por enfermedad y,
[358](#) trastornos mentales inducidos por sustancias en, [25](#)
DSM-III-R e historia del sistema DSM, [6](#)
Categorías
del DSM-IV de depresión mayor crónica y distimia en, [177](#), [194](#) trastorno alimentario
de la infancia o niñez temprana en, [376](#) trastorno de identidad de género en, [512](#)
historia del sistema DSM y, [6](#) sistema multiaxial, 15–16

Esquema para la Formulación Cultural, [860](#)
prevalencia de trastornos bipolares y, [155](#)
prevalencia de PTSD y, [308](#) trastornos somatomorfos
en, [349](#), [357](#), [358](#) uso del término “condición médica
general” en, [25](#) uso del término “trastornos mentales
inducidos por sustancias” en, [25](#)

Modelo

alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, [881–883](#), [893](#), [894](#)
herramientas de evaluación y seguimiento en, [20](#) declaración de advertencia
para el uso forense de, [29](#) cambios en la estructura organizativa de, 11–13
clasificación de los trastornos del sueño y la vigilia en, [407](#), [443](#)

1021

clasificación de síntomas somáticos y trastornos relacionados en, 349–350 desarrollo
de criterios para trastornos neurocognitivos, [667](#) trastornos disociativos en, [329](#) guía
para el uso de, 21–28 conjuntos de criterios propuestos, [903](#) reclasificación del trastorno
disfórico premenstrual en, [177](#) referencia al DSM, DSM-5-TR, y, [xxi](#) retención de en
línea, [28](#) proceso de revisión para, [6–11](#) uso del término **trastorno bipolar** en, [179](#) uso
del término **demencia** en, [667](#)

DSM-5 Medida de síntomas transversales de nivel I, [842](#), [843](#), [844–845](#), [846](#), [847–848](#)
DSM-5-TR
marco conceptual y enfoque de, 13–20
“Condiciones para estudios adicionales” y dirección futura de, [20](#)
información contextual para ayudar en la toma de decisiones de diagnóstico, 26–27
conceptos culturales de angustia en, [16–17](#), 871–879 desarrollo de, [5](#) versión ampliada
de Esquema para la formulación cultural, [861](#) mejoras en línea de, [28](#) referencia al
DSM, DSM-5 y, [xxi](#) proceso de revisión para, [6–11](#) puntuación e interpretación de
WHODAS, [855](#)

Enfoque

categórico del sistema DSM para el diagnóstico y, 14–15
definición de, 11 trastornos de ajuste de criterios de duración
y, 320, 321 agorafobia y, 247 intoxicación por alcohol y, 562
enfermedad de Alzheimer y, 692 trastorno delirante y, 108
trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y,
149 trastorno del orgasmo femenino y, 486 trastorno del
interés/excitación sexual femenina y, 490, 491 trastorno del
deseo sexual hipoactivo masculino y, 499 trastorno de duelo
prolongado y, 326 diagnóstico provisional y, 24 TEPT y, 307–308
trastorno esquizoafectivo y, 124 trastorno esquizofreniforme y,
112, 113 trastorno de ansiedad por separación y, 218 trastorno de
ansiedad social y, 231 consumo de sustancias y, 549 trastornos de tics
y, 94 trastornos relacionados con el tabaco y, 649 lesión cerebral
traumática y, 708 cavernosografía de infusión dinámica, 484 disartria,
51, 727 dislexia , 79, 84, 120 Dismenorrea y trastorno disfórico
premenstrual, 200 Preocupación dismórfica y trastorno dismórfico
corporal, 277 Dismorfofobia, 272 Dispareunia y trastorno genito-pélvico
Trastorno de dolor /penetración, 494 Disforia, trastorno de personalidad
antisocial y, 752 aflicción y, 142, 152, 184 abstinencia de otras
sustancias (o desconocidas) y, 659 abstinencia de estimulantes y, 643
trastorno disocial de la personalidad, 748 trastorno distímico, 194
distorión, 97. **Véase también** distonía aguda inducida por medicamentos

Trastornos de la alimentación. **Véase** Trastornos de la alimentación y la alimentación; Comportamiento alimentario relacionado con el sueño Libro electrónico, del DSM-5-TR, 28 Ecolalia y ecopraxia, 61, 94
Cigarrillos electrónicos, 647 Economía. **Véase** Situación socioeconómica Educación. **Ver también** Escuelas de codificación de problemas relacionados con, 830 recuperación del trastorno bipolar II y, 156

trastorno específico del aprendizaje y habilidades académicas,
78–79, 84 Terapia electroconvulsiva, **164, 165, 342**
Electroencefalografía anorexia nerviosa y, **385** delirio y, **677** trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, **361** insomnio y, **415**
trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos y, **455** trastorno por uso de estimulantes y, **638** trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos y, **473**
Trastornos de eliminación, definición de, **399**. **Véase también**
Encopresis; Enuresis Urgencias. **Véase también** Hospitalización intoxicación por cafeína y, **570** trastorno por consumo de cannabis y, **582** delirio y, **676** trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática y, **708, 709** trastorno por consumo de opioides y, **614** intoxicación por otra sustancia (o desconocida) y, **657** pánico y, **240** trastorno por consumo de estimulantes y, **639** trastorno alimentario o alimentario no especificado y, **397** trastorno del neurodesarrollo no especificado y, **99**

1022

emoción(es). **Véase también** Ira; Regulación emocional; emocionalidad negativa
trastorno de despersonalización/desrealización y, **345**
trastorno histriónico de la personalidad y, **757** trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y, **774** trastorno pedófilo y congruencia de, **794** trastorno esquizoide de la personalidad y, **742**
Regulación emocional
TDAH y, **70**
cataplejía y, **423**
delirio y alteraciones de, **676** trastorno negativista desafiante y, **524** trastorno de duelo prolongado y, **323** trastorno reactivo del apego y, **296** reconocimiento de y trastorno dismórfico corporal, **273**
Empatía
trastorno de personalidad antisocial y, **749–750**
trastorno de personalidad narcisista y, **761–762**
funcionamiento de la personalidad y, **883, 895–898**
Encopresis, 402–405
Trastornos endocrinos, **132, 259, 385, 432, 500**
Bebidas energéticas y cafeína, **570, 573, 912**
Derecho y trastorno narcisista de la personalidad, **761**.

Enuresis, 399–402, 405, 432
Epidemiología y conceptos culturales de la angustia, 873. **Véase también**
Prevalencia de la epilepsia, 64, 65, 71, 133, 361 Trastorno eréctil, 481–485, 501
Subtipo de erotomanía, del trastorno delirante, 101, 106 *Espanto*, 879 Temblor
esencial y abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 631 Estrógenos y
esquizofrenia, 119 Eszopiclona, 472 Etnicidad. **Véase también** Discriminación; La
raza; **países específicos** bulimia nerviosa y, 391 trastorno por consumo de
cannabis y, 578 riesgo cardiovascular y apnea obstructiva del sueño, 435 trastorno
de conducta y, 534 definición de, 860 enfoque en cuestiones del DSM-5-TR, 18
trastorno de ansiedad generalizada y, 253 dolor pélvico/trastorno de penetración
y, 497 trastorno depresivo mayor y, 188 trastorno neuroconductual asociado
con exposición prenatal al alcohol y, 919 trastornos neurocognitivos y, 686–687
trastorno de pánico y, 239 TEPT y, 308, 310 índices de esquizofrenia y, 118,
119 trastorno de ansiedad social y, 232 variaciones en el lenguaje y, 49
Etnoracial, uso del término en DSM-5-TR, 18 Grupo de Trabajo de Equidad e
Inclusión Etnoracial, 18 Euforia y trastornos relacionados con estimulantes,
636, 641, 642 Mal de ojo, y conceptos culturales de angustia, 124, 877
Adquisición excesiva y trastorno de acumulación, 264, 278, 281 Trastorno de
excoriación, 264, 271, 276, 284–287, 373, 926 Funciones ejecutivas. **Véase**
también Déficit cognitivo trastorno del espectro autista y, 62 trastornos neurocognitivos
y, 669, 697, 727 Ejercicio, trastornos de la alimentación y exceso, 384, 389 Trastorno
exhibicionista, 779, 783–785, 788 Expectativas y trastorno de interés/excitación sexual
femenina, 490–491 Habilidad expresiva y déficits del lenguaje, 47

Dermatitis facticia, 287
Trastorno facticio. **Véase también** Codificación
simulada de, 368 desarrollo y curso de,
369 características diagnósticas y
asociadas de, 368 criterios diagnósticos de,
367 diagnóstico diferencial de, 369–370
trastorno por evitación/restricción de la ingesta
de alimentos, 380

trastorno psicótico breve, [111](#) delirio, [678](#) trastorno de identidad disociativo, [337](#) amnesia disociativa y fingida, [342](#) trastorno funcional de síntomas neurológicos, [364](#) trastornos neurocognitivos, [711](#) pica, [373](#) trastorno de síntomas somáticos, [356](#) Caída(s) y adultos mayores, [228](#), [252](#), [625](#), [677](#), [809](#) La caída, como concepto cultural del sufrimiento, [874](#) Familia. *Véase también* Antecedentes familiares; Casamiento; Padres)

TDAH y, [73](#)
codificación de problemas relacionados con, 829–
[830](#) trastorno de conducta y, [535](#) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, [180](#)

Antecedentes familiares. *Ver también* Genética del trastorno por consumo de alcohol, [557](#) del trastorno de personalidad antisocial, [750](#) del trastorno bipolar, [156](#) del trastorno dismórfico corporal, [274](#) del trastorno límite de la personalidad, [755](#) del trastorno de conducta, [535](#) de los episodios depresivos con hipomanía de corta duración, [909](#) del estado de ánimo disruptivo trastorno de desregulación, [180](#) de trastorno de insomnio, [414](#)

1023

[529](#) de trastorno explosivo intermitente, [529](#) de trastorno depresivo mayor, [189](#) de trastornos neurocognitivos, [697](#) de trastorno de pesadillas, [458](#) de TOC, [268](#) de apnea hipopnea obstructiva del sueño, [432](#) de trastorno por consumo de opioides, [612](#) de trastorno esquizotípico de la personalidad, [746](#) de sonambulismo, [454](#) de trastorno específico del aprendizaje, 82–83 de trastorno de movimientos estereotipados, [91](#)

Abanico nao, 879

Fantasías y trastorno del interés/excitación sexual femenina, [490](#)

Fatiga

Trastorno de ansiedad generalizada y, [251](#)
Trastorno de hipersomnolencia y, [420](#) Trastorno depresivo mayor y, [186](#)

Miedo

agorafobia y, [247](#)

definición de, 215
dolor genito-pélvico/trastorno de penetración y, 494
trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos y, 453 fobia específica y, 225
Trastornos de la alimentación y la alimentación, características de, 371. **Véase también** Anorexia nerviosa; Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos; trastorno por atracón; Bulimia nerviosa; Pica; Trastorno de rumiación
Trastorno orgásmico femenino, 485–489
Trastorno de excitación/interés sexual femenino, 489–493, 495
Fentanilo, 610, 612
Trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF), 919
Síndrome alcohólico fetal, 59, 917–918
Rubeola fetal, 59
Síndrome de valproato fetal, 59
Trastorno fetichista, 779, 796–798, 800
Fibromialgia, 355, 498
Pruebas de campo y proceso de revisión para DSM-5, 7–8
Finlandia, prevalencia de
 delirio en, 676 trastorno
 delirante en, 107 trastorno de
 pesadillas en, 459 trastorno
 psicótico debido a otra afección médica en, 132 piromanía en, 538
 trastorno esquizoafectivo en, 123 trastorno de sadismo sexual en, 791,
 792 trastornos relacionados con el tabaco en , 649

Armas de fuego, uso y posesión de alcohol, 560
Primeros respondedores y eventos traumáticos, 306
Modelo de personalidad de cinco factores (FFM), 893
Flashbacks
 trastorno de estrés agudo y, 318
 trastorno de identidad disociativo y, 332
 PTSD y, 306, 313, 318 trastorno
 psicótico inducido por sustancias/medicamentos y, 130
Fuga de ideas y episodios maníacos, 144 Fluidez.
Véase Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia Efecto Flynn y trastornos del desarrollo intelectual, 38 Trastorno emocional por evitación de alimentos, 377 Preferencias alimentarias y trastorno del espectro autista, 62, 68. **Véase también** Apetito; Dieta Psiquiatría forense, declaración de advertencia para el uso del DSM-5, 29. **Véase también** Sistema legal Cuidado de acogida y trastorno de compromiso social desinhibido, 300 Mutación del gen **FoxP2** , 51 Síndrome X frágil, 59, 71 Francia, apnea central del sueño en, 437 Frecuencia , de ocurrencia. **Ver también** Criterios de duración

de síntomas depresivos en trastorno depresivo mayor, 188 de trastorno de insomnio, 413 de ataques de pánico, 236, 237 de uso de medidas transversales de síntomas, 846, 851, 855

Amistades, 61, 233. **Véase también** Relaciones interpersonales
Trastorno neurocognitivo frontotemporal. **Ver** Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve Trastorno froteurístico, 779, 786–788 Consecuencias funcionales. **Ver** Funcionamiento adaptativo; Deficits cognitivos; Funciones ejecutivas; **específico**

trastornos

Movimientos funcionales (conversión) y trastorno de movimientos estereotípicos, 92

Disfagia funcional, 376

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 239, 313, 356, 360–364, 369, 336, 428

Trastorno de tic funcional, 97

Rituales funerarios y trastorno de duelo prolongado, 326 ;

Anomalías de la marcha, 724, 809. **Ver también** Caída(s)

Trastorno por juego, 543, 661–665, 914 Gamma-

glutamiltransferasa (GGT), 559 Trastornos

gastrointestinales, 375, 555 Género. **Véase también**

disforia de género; problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género; Transgénero individuos

interés sexual femenino/trastorno de excitación y creencias sobre roles, 491

actividades de juego y, 663 trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión

cerebral traumática y, 709 trastorno de autolesión no suicida y, 924–925 expectativas de rol y trastorno orgásmico femenino, 487 uso de plazo, 19

1024

Tratamientos de afirmación de género, 511, 518

Asignación de género, 511, 518

Género atípico, uso del término, 511

Individuos de género diverso y experiencias de disfunción sexual, 478

Disforia de género, 276, 511–520, 800

Amnesia generalizada, 338, 339, 340

Comorbilidad del trastorno de

ansiedad generalizada y, 159, 221, 254

cuestiones diagnósticas relacionadas con la

cultura, 253 desarrollo y curso de, 252

características diagnósticas y asociadas de, 26, 216, 251

criterios diagnósticos para, 250–251 diagnóstico diferencial de,

149, 220, 234, 253–254, 355, 359 consecuencias funcionales de, 253

genética de, 252 prevalencia de, 251–252 factores de riesgo y pronóstico,

252 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 253

pensamientos o conductas suicidas, 253

Disfunciones sexuales generalizadas, 477 ;

Genética). **Véase también** Antecedentes familiares; Asesoramiento genético; Prueba genética; Asociación de todo el genoma estudios

de TDAH, 71 de
enfermedad de Alzheimer, 693 de
anorexia nerviosa, 385 de trastorno
del espectro autista, 64 de trastorno
bipolar, 147 de trastorno del ritmo
circadiano sueño-vigilia, 445, 447 de trastorno de conducta,
535 de trastorno disociativo de identidad, 333 de género
disforia, 517–518 de trastorno de ansiedad generalizada, 252
de trastorno del desarrollo intelectual, 44 de trastorno del
lenguaje, 49 de narcolepsia, 426 de trastornos neurocognitivos,
698, 728 de enfermedades priónicas, 722–723 de esquizofrenia,
118 de trastorno de ansiedad social, 232 de fobia específica,
227 de trastornos por uso de sustancias, 557–558, 580, 604,
648, 912 de trastorno de conducta suicida, 922 de trastornos
de tics, 96

Asesoramiento genético, 833–834

Pruebas genéticas, 694, 728, 729

Dolor genito-pélvico/trastorno de penetración, 493–498

Genocidio

constructo de raza y, 860

TEPT y, 310

Estudios de asociación del genoma completo (GWAS), 71, 310

Alemania, prevalencia del

trastorno dismórfico corporal en, 273, 275

trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la infección por VIH en, 719 trastorno

de ansiedad por enfermedad en, 358 trastorno de autolesión no suicida en, 925

trastorno disfórico premenstrual en, 198

Escala de coma de Glasgow, 708

Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), 16

Estudio de carga global de enfermedad, 613

Retraso global del desarrollo, 35, 46, 56

Globo histérico, 376

Glosolalia, 102

"Erupción por inhalación de pegamento", 603, 607

Actividad dirigida a un objetivo y episodios maníacos, 145 .

Gramática y trastorno del lenguaje, 47–48

Delirios de grandeza, 101, 144, 904

Grandiosidad y trastorno narcisista de la personalidad, 761, 764

Duelo y trastorno depresivo mayor, 142, 152, 184, 192. **Véase también** Duelo; duelo prolongado
trastorno

Comportamiento motor gravemente desorganizado, 102

Guam demencia, 725

Trastorno por atracones de culpa y, 394

 Trastorno depresivo mayor y, 186

Credulidad y trastorno del desarrollo intelectual, 43

Pérdida de cabello y tricotilomanía, 282

Muestras de cabello y trastorno por uso de estimulantes,

638 Haití y conceptos culturales de angustia, 874, 876–877

Alucinaciones. **Ver también** Alucinaciones auditivas; Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómicas
abstinencia de alcohol y, 565

 síndrome de psicosis atenuada y, 904 intoxicación

 por cannabis y, 584 trastorno de identidad disociativo

 y, 331, 336 cleptomanía y, 541 narcolepsia y, 424, 428

 trastornos neurocognitivos y, 654 trastorno de duelo

 prolongado y, 324, 327 trastornos psicóticos y , 102, 128,

 132 esquizofrenia y, 115, 118 abstinencia de sedantes,

 hipnóticos o ansiolíticos y, 629–630 uso de "otras

 opciones especificadas" y "no especificadas", 22

Alucinógeno(s) y escenas retrospectivas, 130

Trastornos mentales inducidos por alucinógenos, 594, 598, 600

Intoxicación por alucinógenos, 594 ;

Trastorno de percepción persistente por alucinógenos, 598–600

1025

Trastornos relacionados con alucinógenos. **Ver** Alucinógeno(s); trastornos mentales inducidos por alucinógenos;

 Trastorno de percepción persistente por alucinógenos; Otra intoxicación por alucinógenos; Otro trastorno por consumo de
 alucinógenos; trastornos mentales inducidos por fenciclidina; intoxicación por fenciclidina; trastorno por consumo de fenciclidina;
 trastorno no especificado relacionado con alucinógenos; Trastorno no especificado relacionado con fenciclidina Daño, TOC y
 temores de, 264, 266 Tiroiditis de Hashimoto, 96 Hachís, 577 Dolor de cabeza y abstinencia de cafeína, 572–573, 574

Traumatismo craneal y narcolepsia, 423, 426. **Véase también** Lesión cerebral traumática Salud. **Ver también** Cuidado de la salud;

Comportamientos de mantenimiento de la salud; Condiciones médicas; Determinantes sociales

de salud

 ludopatía y, 665 trastorno del

 desarrollo intelectual y, 46 aislamiento social y problemas

 de comunicación en adultos mayores, 66

Cuidado de la salud. **Véase también** Acceso; Prácticas alternativas de curación; Sala de emergencias; Salud; Salud comportamientos de mantenimiento; Hospitalización; Medicamentos; Instalaciones residenciales; Los curanderos tradicionales codifican problemas con, 832, 833–834, 835 formulación cultural y, 862 trastorno ficticio y, 368 trastorno de ansiedad por enfermedad y, 358 trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática y, 708 trastorno por uso de opioides en profesionales médicos, 611 trastorno de síntomas somáticos y utilización de, 352, 354 eventos traumáticos y, 305

Administración de Financiamiento de la Atención Médica, 24

Comportamientos de mantenimiento de la salud

trastorno de duelo prolongado y, 324 factores

psicológicos que afectan a otras condiciones médicas y, 365 esquizofrenia y, 121 Discapacidad

auditiva, 49, 51, 344. **Ver también** Sordera Insuficiencia cardíaca y patrón de respiración de

Cheyne-Stokes, 437, 438, 439. **Ver también** Congestivo insuficiencia cardíaca;

Enfermedad coronaria

Ritmo cardíaco

intoxicación por cafeína y, 570 abstinencia

de tabaco y, 650 metales pesados. **Ver**

Toxinas Infecciones por hepatitis A, B y C, 612–

613 Heroína y trastornos relacionados con opioides, 610, 611,

618 Abstinencia de heroína, 550 Ganancia de bucle alto y apnea central del sueño, 436 *Hikikomori*, 875 Hinduismo y síndrome *dhat*, 874 enfermedad

de Hirschsprung, 442 hispanoamericanos. **Véase también** Latinx;

mexicoamericanos; Trastorno racial por consumo de alcohol y, 556 Trastorno

por consumo de cannabis y, 580 Trastorno de penetración/dolor genito-pélvico en, 496 Diagnóstico erróneo de trastorno esquioafectivo en, 124

Apnea obstrutiva del sueño en, 431 Trastorno de pánico en, 239 Trastornos relacionados con

estimulantes en, 642

Trastorno histriónico de la personalidad, 733, 741, 752, 756–760, 763, 771 VIH y consumo de

drogas, 613. **Véase también** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; mayor o leve

trastorno neurocognitivo debido a la infección por el VIH

Trastorno de acumulación, 264, 270, 277–281, 774 Trastornos

relacionados con el alcohol en personas sin hogar y, 566

Codificación de, 831 Trastorno por uso de inhalantes y,

604 Signo de Hoover y trastorno de síntomas neurológicos

funcionales, 361 Tratamientos hormonales y trastorno

disfórico premenstrual, 200. **Véase también** Estrógeno; Hospitalización por testosterona. **Véase**

también Sala de emergencias; Cuidado de la salud

abstinencia de alcohol y, 566
anorexia nerviosa y, 384 delirio y,
676 trastorno por consumo de
opiáceos y, 614 hostilidad y
trastorno de personalidad paranoide, 739 Hungría, y
trastorno por consumo de cafeína, 911, 912 enfermedad
de Huntington, 207, 292. **Véase también** Mayor o leve trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington
Hwa
byung, 876
Hiperactividad y TDAH, 70. **Véase también** Hiper o hiporreactividad
Hiperalgesia y trastorno por consumo de opioides, 614 Hipercapnia e
hipoventilación relacionada con el sueño, 442 Hiper o hiporreactividad y
trastorno del espectro autista, 62. **Véase también** Hiperactividad Hiperparatiroidismo, 240, 241
Hipersensibilidad y trastorno de la personalidad por evitación, 765–766 Hipersomnia, 154, 186.
Véase también Somnolencia diurna Trastorno de hipersomnolencia, 75, 417–421, 427 Hipertensión
y apnea obstructiva del sueño hipopnea, 430 Hipertermia y síndrome neuroléptico maligno , 810

1026

Hipertiroidismo, 161, 242, 245, 730. **Ver también** Trastornos de la tiroídes
Hiperventilación y trastorno de pánico, 240 Hipnótico(s) y trastorno del sueño
inducido por sustancias/medicamentos, 472. **Ver también** Sedantes, hipnóticos o
trastornos mentales inducidos por
ansiolíticos Capacidad hipnótica y trastorno de identidad disociativo,
336 Trastorno de deseo sexual hipoactivo, 490 Hipocondriasis, 350,
357, 358 Deficiencia de hipocretina y narcolepsia, 423, 424, 426–
427 Hipomanía y episodios hipomaníacos. **Ver también** Episodios
depresivos con hipomanía de corta duración.
trastorno bipolar II y, 153–155, 158 trastorno
ciclotímico y, 160 trastorno narcisista de la
personalidad y, 764 hipopnea, definición de, 430
eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal y trastorno
depresivo mayor, 187 hipotiroidismo, 207, 245. **Ver también** trastornos de la tiroídes
Hipoxemia e hipoventilación relacionada con el sueño, 442

Identidad. **Véase también** Identidad cultural; Trastorno de identidad disociativo; etnicidad;
Trastorno límite de la personalidad del yo y, 221, 753, 757 trastorno de identidad disociativo
y, 331, 333, 335, 337 género y, 511, 520 trastorno de ansiedad por enfermedad y, 358
Esquema para la formulación cultural y, 861 funcionamiento de la personalidad y, 883, 895–
898 Trastorno por duelo prolongado e interrupción de, 323, 324, 325

- racialización y construcción sociocultural de, 17
- Apnea central del sueño idiopática, 436
- Hipoventilación idiopática, 440, 443
- Clasificación del trastorno
 - de ansiedad por enfermedad y características
 - de, 350 comorbilidad y, 360 cuestiones
 - diagnósticas relacionadas con la cultura, 359
 - desarrollo y curso de, 358 características
 - diagnósticas y asociadas de, 357–358 criterios
 - diagnósticos para, 357 diagnóstico diferencial de, 359–360 trastorno de ansiedad debido a otra afección
 - médica, 260–261 trastorno dismórfico corporal, 276 trastorno de despersonalización/desrealización, 346 trastorno ficticio, 367 trastorno de ansiedad generalizada, 254 trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, 293 trastorno de ansiedad por separación, 221 trastorno de síntomas somáticos, 356
 - consecuencias funcionales de, 359
 - prevalecia de, 358 factores de riesgo y pronóstico, 358–359
- Defensas inmaduras y trastorno de despersonalización/desrealización, 345
- Inmigración e inmigrantes. **Véase también** Discriminación; etnicidad; Trastornos de adaptación racial y, 321 trastorno por consumo de alcohol y, 558 trastorno de personalidad por evitación y, 766 trastorno de conducta y, 535 trastorno de pesadillas y, 459 Esquema para la formulación cultural y, 861 trastornos de personalidad en, 743 TEPT y, 310 trastorno reactivo del apego y, 297 esquizofrenia y, 116, 118 mutismo selectivo y, 223 trastorno de ansiedad social y, 232–233 trastorno específico del aprendizaje y, 84
- Medicamentos inmunosupresores y trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, 165
- Deficiencia. **Ver también** Déficits cognitivos; Angustia; Trastorno de insomnio de las funciones ejecutivas y, 411 TOC y, 269 Trastorno del control de impulsos, 271 Impulsividad TDAH y, 70 Trastorno por consumo de alcohol y, 558 Trastorno antisocial de la personalidad y, 749 Trastorno bipolar II y, 155 Trastorno límite de la personalidad y, 753–754

Falta de atención y TDAH, [70, 74](#)

India y conceptos culturales de angustia, [875, 878](#)

Grupos indígenas. **Ver** nativos de Alaska; Indios americanos; Nativos americanos; Isleños del Pacífico Exposición indirecta a eventos traumáticos, [305](#) Individualismo y categorías de trastornos mentales, [15](#) Indolaminas, [592](#)

Indonesia y contexto cultural del trastorno de pesadilla, [459](#) Bebés. **Ver** Edad; Niños; Síndrome de alcoholismo fetal; Embarazo Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos en, [377, 378](#) Dependencia de opiáceos en, [614](#) Trastorno de rumiación en, [374, 375](#)

Infecciones. **Véase también** Hepatitis; VIH; Infecciones estreptocócicas

enuresis y, [402](#) dolor genitopélvico/trastorno de penetración y, [495](#)

narcolepsia y, [426](#) trastorno por consumo de opioides y, [615](#)

1027

Infertilidad y disfunciones sexuales, [481, 483, 484, 504, 517](#)

Procesamiento de información y trastorno dismórfico corporal, [273](#)

Fuentes de información, para diagnóstico de trastorno de conducta,

[533](#) Inhalante, uso del término, [603](#). **Véase también** Trastorno por

consumo de inhalantes Exposición a inhalantes (no intencional), [605](#)

Trastornos mentales inducidos por inhalantes, [605, 607–608, 715](#)

Intoxicación por inhalantes, [605–607](#) Trastornos relacionados con

inhalantes. **Véase** Trastornos mentales inducidos por inhalantes; intoxicación por inhalantes; trastorno por uso de inhalantes; Trastorno no especificado relacionado con inhalantes Trastorno por consumo de inhalantes, [601–605, 717](#)

Lesiones. **Ver** Accidents Insight anorexia nerviosa y, [383](#) trastorno dismórfico corporal y, [272](#) trastorno

neurocognitivo frontotemporal mayor o leve y, [696](#) trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados y, [265, 266](#) trastorno esquizoafectivo y, [123](#) insomnio y trastorno de insomnio, [154, 186, 409–417, 427–428, 434, 444, 450, 458](#) Instituciones.

Véase Cuidado de crianza; Hogares de ancianos; Instalaciones residenciales Síndrome de sueño insuficiente, [421](#)

Trastorno del desarrollo intelectual características de, [35](#) comorbilidad y, [45–46, 373](#) cuestiones diagnósticas

relacionadas con la cultura, [44](#) desarrollo y curso de, [43–44](#) características diagnósticas y asociadas de, [38–43](#) criterios diagnósticos para, [37–38](#) diagnóstico diferencial de, [45](#)

trastorno del espectro autista, 66
trastorno del desarrollo de la coordinación, 88
trastorno exhibicionista, 785 trastorno frotteurístico, 787 trastorno del lenguaje, 49
trastorno de oposición desafiante, 526
piromanía, 539 trastorno de la comunicación social, 56 trastorno voyeurista, 782 prevalencia de, 43 factores de riesgo y pronóstico, 44 auto-lesiones y, 90 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 44
pensamientos o conductas suicidas, 44

Discapacidad intelectual, 46. **Véase también** Trastorno del desarrollo intelectual; Intelectual no especificado trastorno del desarrollo Pruebas de inteligencia (CI), 38, 42 Intensidad de los síntomas en el trastorno de despersonalización/desrealización, 345 Trastorno explosivo intermitente, 73, 182, 526–530, 536 Síntomas de internalización y trastornos relacionados con el trauma y el estrés, 295, 298 **Clasificación Internacional de Enfermedades**, 10^a Revisión (ICD-10), 6, 13, 23–24, 25, 505, 878. Ver **también** códigos **Clasificación Internacional de Enfermedades**, 11^a Revisión (ICD-11), 6, 11, 13, 46, 914 **Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño**, Tercera Edición (ICSD-3), 407, 417, 421, 429, 435, 439, 443, 451, 457, 461, 468, 474 Trastorno por juego en Internet, 663, 913–916 Relaciones interpersonales. **Véase también** Amistades; Relaciones sociales trastorno del espectro autista y, 61–62 disforia de género y, 519 disfunciones sexuales y, 488, 493, 497, 499, 500, 501, 502 trastorno de ansiedad social y, 233 Interseccionalidad y esquema para la formulación cultural, 861 Fuentes de entrevistas, de información sobre el trastorno del desarrollo intelectual, 42 Intimidad y funcionamiento de la personalidad, 883, 895–898 Intoxicación, uso del término, 548. **Véase también** Intoxicación por sustancias Síntomas de intrusión trastorno de estrés agudo y, 315, 318 trastorno de ansiedad por enfermedad y, 359 trastorno de identidad disociativo y, 337 PTSD y, 306 Invalidismo y trastorno de ansiedad por enfermedad, 358 Irán, prevalencia de encopresis en, 403 Deficiencia de hierro y síndrome de piernas inquietas, 466, 467. **Véase también** Dieta Tipo irregular de sueño-vigilia del ritmo circadiano trastornos del sueño-vigilia, 447–448 Irresponsabilidad y trastorno de personalidad antisocial, 749 Síndrome del intestino irritable y trastorno del interés/excitación sexual femenina, 493 Irritabilidad, trastorno bipolar II y, 156

trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 178, 179, 181
trastorno de ansiedad generalizada y, 251 trastorno negativista desafiante y,
525 abstinencia del tabaco y, 650

síndrome del intestino irritable, 355
Israel, prevalencia del
trastorno de ansiedad generalizada en, 252
narcolepsia en, 425 mutismo selectivo en, 222

Italia, trastorno por uso de opioides en, 612
Puntuación basada en la “teoría de la respuesta al ítem” (IRT) y WHODAS, 854

1028

Japón, prevalencia del
trastorno por consumo de alcohol
en, 558 trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos en, 378 trastorno dismórfico corporal en, 274
conceptos culturales de angustia en, 875, 878, 879 trastorno
de síntomas neurológicos funcionales en, 362 narcolepsia en, 425
demencia vascular en , 705

subtipo celoso, de trastorno delirante, 106
Celos y trastorno paranoico de la personalidad, 739 ;
Desfase horario y trastornos del sueño-vigilia del ritmo circadiano, 446
Jimsonweed, 592
Síndrome de hiperlaxitud articular, 88
Enfermedad de Huntington juvenil, 727

Karma y contexto cultural de los hechos traumáticos, 311 ;
Kava, 654
Ketamina, 588–589, 595
Uno, 635, 654
Gorro de Khyâl (ataques de viento), 239, 244, 317, 875–876
síndrome de Kleine-Levin, 373, 392, 421
Cleptomanía, 539–541
Corea, prevalencia de
conceptos culturales de angustia en, 879
trastornos de tics en, 96
Corazón, 276–277, 875
Kratom (*Mitragyna speciosa*), 713
Meditación, 876
Kuru (Nueva Guinea), 722

La belle indifférence, y trastorno funcional de los síntomas neurológicos, 362 Pruebas de
laboratorio. Ver Marcadores de diagnóstico

trastorno por consumo de alcohol y, 558–
559 consumo de cannabis y, **580** trastorno
ficticio y, **368** trastornos relacionados con
alucinógenos y, **593** trastorno por consumo de
inhalantes y, **604** trastorno por insomnio y, **415**
trastorno por consumo de opiáceos y, **612**
consumo de fenciclidina y, **589, 595** consumo
de sustancias uso y, **549** Síndrome de Landau-
Kleffner, **49, 63** Idioma. **Véase también**

Comunicación; Discurso

trastorno del espectro autista y déficits de, **59, 60** grupos
culturales y desarrollo de, **47** problemas culturales en el
trastorno específico del aprendizaje y, **83** definición de, 46–47
demencia y pérdida del bilingüismo, **688**

Pruebas de CI y,
38 dominios neurocognitivos y, **670**
mutismo selectivo y no nativo, **222, 223**

Trastorno del lenguaje, **47–49, 50, 66, 526**
Variante del lenguaje, de trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve, **696, 697** Hipoventilación
central de inicio tardío con disfunción hipotalámica, **443** Comunidad Latinx. **Véase también**
hispanoamericanos; mexicoamericanos trastorno de estrés agudo y, **317** trastornos relacionados con el
alcohol y, **563** enfermedad de Alzheimer y, **692, 693** ludopatía y, **663, 664** trastornos neurocognitivos
y, **687** trastorno por consumo de opioides y, **611** TEPT y, **308, 310** síndrome de piernas inquietas
y, **466** trastorno de ansiedad social y, 232–233 trastorno por consumo de tabaco y, **647** uso del
término en DSM-5-TR, **18** Laxantes y bulimia nerviosa, **389** L-dopa y trastorno depresivo inducido
por sustancias/medicamentos, **204** Aprendizaje, y dominios neurocognitivos, **670** Ordenamiento
jurídico. **Véase también** Comportamiento delictivo; psiquiatría forense

consumo de cannabis y, **577, 579–580**
codificación y, 832–833 trastorno ficticio
y responsabilidad, **369** trastorno explosivo
intermitente y, **529** trastorno pedófilo y, **795**

Personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT). **Véase también** Individuos transgénero
dolor genito-pélvico/trastorno de penetración y, **498**

trastornos relacionados con el tabaco y, **648**

Síndrome de Lesch-Nyhan, **43, 89, 91**

Leucoencefalopatía y trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve, **705**

Levamisol, [640](#) Escala
de funcionamiento del nivel de personalidad, [882](#), [891](#), [892](#), [895–898](#) Cuerpos de Lewy.
Ver Demencia con cuerpos de Lewy; Trastorno neurocognitivo mayor o leve con Lewy
cuerpos
Esperanza de vida. **Ver también** Tasas de mortalidad
codificación de problemas de fase de la vida, [834](#)
estructura organizativa del DSM-5 y, [12](#) variación en el
sueño a lo largo, [408](#)
Estilo de vida, codificación de problemas relacionados con, [833](#)
Exposición a la luz y trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia, [447](#)
Ceceo y trastorno de los sonidos del habla, [51](#)
Litio, temblor inducido por, [817](#)
Pruebas de función hepática, [559](#)
Amnesia localizada, [338](#)
Soledad y trastorno por duelo prolongado, [324](#) ;
Durmientes prolongados y trastorno de hipersomnolencia, [420](#)
LSD (dietilamina del ácido lisérgico), [599](#)

1029

Pensamiento mágico y trastornos psicóticos, [115](#), [907](#)
Imágenes por resonancia magnética (IRM) y trastornos neurocognitivos, [698](#), [704](#), [708](#), [710](#), [716](#), [720](#)
Características del trastorno depresivo
mayor de, [177](#) comorbilidad y,
[192](#), [241](#), [250](#), [277](#), [396](#), [541](#) cuestiones diagnósticas relacionadas
con la cultura, 189–190 desarrollo y curso de, 188–189
características diagnósticas y asociadas de, 185–187 criterios
diagnósticos para, 183–184 diagnóstico diferencial de, 191–192
trastornos de adaptación, [321](#) anorexia nerviosa, [386](#) trastornos
bipolares, [148](#), [157](#) trastorno dismórfico corporal, [276](#) bulimia
nerviosa, [392](#) trastorno de despersonalización/desrealización,
[346](#) episodios depresivos con hipomanía de corta duración
y, [910](#) trastorno de desregulación disruptiva del estado de
ánimo, [182](#) trastorno de identidad disociativo, [335](#) trastorno
de ansiedad por enfermedad, [360](#) parkinsonismo inducido
por medicamentos, [810](#) narcolepsia, [428](#) trastornos
neurocognitivos, [689](#), [695](#), [706](#)

TOC, [270](#)

trastorno depresivo persistente, 195–196 trastorno
disfórico premenstrual, [200](#)

trastorno por duelo prolongado, 327
PTSD y, 312
esquizofrenia, 120
disfunciones sexuales, 484, 492, 501
trastorno de ansiedad social, 234 trastorno
de síntomas somáticos, 356
consecuencias funcionales de, 190
trastorno del insomnio y, 415
cleptomanía y, 541 prevalencia de, 187–
188 factores de riesgo y pronóstico,
189 trastorno esquizoide de la
personalidad y, 744 cuestiones diagnósticas
relacionadas con el sexo y el género, 190 trastorno de
ansiedad social y, 235 pensamientos suicidas o
comportamiento, 190 Episodios depresivos mayores.

Véase también Episodios depresivos con hipomanía de corta duración trastornos relacionados con el alcohol
y, 568 duelo y, 834 trastorno bipolar II y, 154 episodios depresivos con hipomanía de corta duración y,
909 diagnóstico diferencial de, 280 duelo diferenciado de, 142, 152, 184 , 192 trastorno esquizoafectivo
y, 124 sonambulismo y, 457

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve, 682, 695–699 Trastorno
neurocognitivo mayor o leve. **Ver también** Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve; trastornos neurocognitivos;
Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos codificación de, 682–683 comorbilidad
y, 689–690 cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura, 687–688 desarrollo y evolución, 687 características
diagnósticas y asociadas de, 685–686 criterios diagnósticos para, 679–680 marcadores de diagnóstico de, 688–689
diagnóstico diferencial de, 108, 539, 541, 689, 782, 785, 787 consecuencias funcionales de, 689 prevalencia de, 686–
687 factores de riesgo y pronóstico, 687 relacionados con el sexo y el género problemas de diagnóstico, 688
especificadores de, 684–685 subtipos de, 654, 687 pensamientos o conductas suicidas, 689 Trastorno neurocognitivo
mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, 682, 690–695, 726 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido
a otra afección médica, 683, 729–730 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH, 682, 717–
721 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington, 683, 726–729 Trastorno
neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy, 682, 699–702, 706, 725 Neurocognición mayor o leve trastorno
ivo por múltiples etiologías, 683, 731

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad de Parkinson, **682, 702**, 723–726 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad priónica, **682**, 721–723 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática, **682**, 706–712 trastorno neurocognitivo vascular leve, **682, 702–706, 726** *Maladi dyab*, 876–877 Dolor genito-pélvico masculino, **497** Trastorno masculino del deseo sexual hipoactivo, 498–501 Catatonía maligna y síndrome neuroléptico maligno, **811** Simulación. **Véase también** descripción y diagnóstico del trastorno facticio, **835** diagnóstico diferencial del trastorno psicótico breve, **111** delirio, **678** amnesia disociativa, **342** trastorno de identidad disociativo, **337** trastorno de excoriación, **287** trastorno facticio, **369**

1030

trastorno de síntomas neurológicos funcionales, **342** kleptomanía, **540** trastornos neurocognitivos, **711** trastornos del despertar del sueño no REM, **456**

Trastorno del comportamiento del sueño REM,
464 Trastorno de síntomas somáticos, **356**

Desnutrición. **Ver también** Dieta; Nutrición anorexia

nerviosa y, **383** trastorno por evitación/
restricción de la ingesta de alimentos y, **377** trastorno de rumiación
y, **374, 375** manía y episodios maníacos. **Véase también** Hipomanía
TDAH y, **149** trastorno bipolar I y, 143–144 Escala de gravedad de los
síntomas de las dimensiones de la psicosis calificadas por el médico
y, **851** trastorno exhibicionista y, **785** trastorno frotteurístico y, **787**
trastorno del juego y, **665** kleptomanía y, **544** trastorno depresivo mayor y, **191** Trastorno narcisista de
la personalidad y, **764** Trastorno voyeurista y, **782** Trastorno maníaco-depresivo, **139** Marginación.
Véase también Discriminación; Esquema de opresión para la formulación cultural y, **861** trastorno de
personalidad paranoide y, **739** Marihuana. **Ver** Matrimonio Cannábico. **Véase también** Familia

trastornos bipolares y, 147, 156
codificación de problemas relacionales y,
829 eyaculación precoz y formas dispuestas de, 503

Mate (yerba mate), 912

MDMA, 472, 508, 592, 593, 594, 597, 635

Volumen corporcular medio (MCV), 559

Condiciones médicas. **Véase también** Asma; Trastornos autoinmunes; benzodiazepinas; Cáncer; Desordenes cardiovasculares; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; Enfermedad coronaria; Diabetes; Desordenes endocrinos; Salud; Enfermedad de Huntington; infecciones; Desordenes metabólicos; Esclerosis múltiple; Enfermedad de Parkinson; Carrera; Trastornos tiroideos agorafobia y, 250 trastorno del espectro autista y, 59 trastornos bipolares y, 150, 159 cannabis y, 577 catatonia y, 136–137 codificación de, 24 eyaculación retardada y, 480, 481 diagnóstico diferencial de

TDAH, 75

trastornos de adaptación,
322 anorexia nerviosa, 386

trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 379 trastorno psicótico breve, 110
trastorno de despersonalización/desrealización,
347 trastorno del desarrollo de la coordinación, 88
encopresis, 405 enuresis, 401–402 trastorno de hipersomnolencia, 421 trastorno de ansiedad por enfermedad , 359 trastornos neurocognitivos, 706, 711, 726 trastornos de personalidad, 737, 740, 743–744, 757, 760, 767, 770, 771, 775, 777

trastorno esquizoafectivo, 125 trastorno esquizofreniforme, 113 disfunciones sexuales, 485, 488, 492 , 497, 501 hipoventilación relacionada con el sueño, 442 trastorno de síntomas somáticos, 355 trastorno de movimientos estereotípicos, 92 trastornos por uso de sustancias, 130, 474, 564, 566–567, 574, 596, 607, 626, 630–631, 658
trastornos de tics, 97 tricotilomanía, 284 trastorno de excoriación y, 286, 287 trastorno ficticio y, 369–370 trastorno orgásmico femenino y, 487 trastorno de excitación/interés sexual femenino y, 492 trastorno del juego y, 665 trastorno de acumulación y, 280 insomnio y, 416 trastorno depresivo mayor orden y, 187, 189

síntomas maníacos y, 145
trastornos neurocognitivos y, 712 trastorno de pánico y, 242 trastorno disfórico
premenstrual y, 200 trastorno de duelo prolongado y, 326 factores psicológicos que afectan, 322
esquizofrenia y comorbilidad, 121 trabajo por turnos
tipo de trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia y, 451 ansiedad social y, 235 fobia específica y, 227 trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos y, 205 discinesia tardía y, 815 terminología en ediciones anteriores del DSM, 25–26 consumo de tabaco y, 647, 649 registros médicos y trastorno ficticio, 368 Medicare y uso de códigos ICD-10-CM, 24 Medicamento(s).

Véase también Antibióticos; antidepresivos; antipsicóticos; ansiolíticos; benzodiazepinas; trastornos inducidos por medicamentos; inhibidores de la monoaminoxidasa; Estabilizadores del estado de ánimo; Anticonceptivos orales; sobredosis; polifarmacia; sedantes; Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; Automedicación; Efectos secundarios; estimulantes; trastornos inducidos por sustancias medicamentosas; **trastornos específicos**

1031

Síntomas de TDAH inducidos por, 75
anorexia nerviosa y uso indebido de, 384
trastorno del espectro autista y exposición en el útero a, 64
abstinencia de cafeína y, 574 catatonía y, 137 enuresis y, 402
trastorno del juego y dopaminérgico, 665 insomnio y 417 episodios maníacos y, 145 obesidad como efecto secundario de, 371
disfunciones sexuales y, 480, 481, 484, 492, 501, 508 trastornos del sueño-vigilia y, 456, 460, 463 tartamudeo como efecto secundario de, 53 trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y, 129 tolerancia o retiro del uso apropiado de prescrito, 547, 548–549

Acatisia aguda inducida por medicamentos, 813–814
Distorción aguda inducida por medicamentos, 812–813
Trastorno agudo del movimiento inducido por medicamentos, 816
Delirio inducido por medicamentos, 675
Trastorno depresivo inducido por medicamentos, 208
Síntomas maníacos o depresivos inducidos por medicamentos, 168
Trastornos inducidos por medicamentos, tipos de condiciones e información incluida en el texto de, 27

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y antipsicóticos u otros bloqueadores de los receptores de dopamina agentes, 807. **Véase también** Síndrome de discontinuación de antidepresivos; Síndrome neuroléptico maligno; acatisia tardía; discinesia tardía; Distorción tardía

Parkinsonismo inducido por medicamentos (MIP), 807–810, 816

Tremor postural inducido por medicamentos, 817 Meditación y despersonalización/desrealización, 345 Características melancólicas, como especificador, 171–172, 211–212 Memoria. **Véase también**

Déficits cognitivos amnesia disociativa y, 329, 338, 339, 342–343

trastorno depresivo mayor y, 186 trastornos neurocognitivos y, 670, 685 TEPT y pérdida de, 307 intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 627 lesión cerebral traumática y, 313 Menopausia dolor genito-pélvico/trastorno de penetración y, 497 insomnio y, 413 apnea obstructiva del sueño y, 432 esquizofrenia y, 119

Desordenes mentales). **Consulte también la** definición de trastornos específicos de, 13–14, 29 reagrupación de en la revisión del DSM-5, 11–12 Trastorno mental debido a otra afección médica, 366 Trastornos metabólicos, 132, 391 Metadona y terapia de mantenimiento con metadona, 436, 508, 612 Metanfetamina (MDMA), 472, 508, 592, 594, 597, 635, 642, 714–715 Trastorno por consumo de metanfetamina, 547, 550 Metilfenidato y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, 257 mexicanoamericanos. **Véase también** hispanoamericanos; latinx

trastorno por atracón en, 394
demencia vascular en, 705 México,
y uso religioso o espiritual de alucinógenos, 593 Meyer, Adolf, 5
Microagresiones y racismo, 17 Trastorno neurocognitivo leve. **Véase**
Trastornos neurocognitivos mayores o leves; Trastornos neurocognitivos Despliegue militar y códigos, 830–831. **Ver también** Veteranos Deficiencias minerales, y pica, 372. **Ver también** Minorización por deficiencia de hierro. **Ver** Discriminación; etnicidad; Diagnóstico erróneo de opresión. **Véase también** Sobrediagnóstico; Infradiagnóstico de TDAH como trastorno bipolar II, 158 de trastorno de personalidad antisocial, 751 de trastorno del espectro autista, 63, 65 de trastorno bipolar, 148, 150, 335 de trastorno de conducta, 535 conceptos culturales de angustia y, 873 de trastorno explosivo intermitente, 528 del trastorno depresivo mayor, 190 del trastorno negativista desafiante, 525 de la esquizofrenia, 18, 116, 119, 147

Desconfianza. **Véase también** Desconfianza

Entrevista de formulación cultural y, 863 trastorno de personalidad paranoide y, 740 rasgos mixtos, como especificador, 170–171, 211 inhibidores de la monoaminoxidasa y disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, 507 Estado de ánimo. **Ver también** Trastornos del estado de ánimo

trastornos bipolares en comparación con el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, 181 bulimia nerviosa y, 392

Escala de gravedad de síntomas de psicosis calificada por el médico, 851 trastorno de insomnio y, 412 episodios maníacos y, 143–144 trastornos neurocognitivos y, 684

PTSD y alteraciones negativas en, 306–307, 311

1032

trastorno esquizoafectivo y, 122–123, 124 esquizofrenia y, 115 Trastornos del estado de ánimo y discinesia tardía, 815. **Véase también** Trastorno del estado de ánimo no especificado Estabilizadores del estado de ánimo y disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, 507 Marruecos, trastornos de eliminación en, 400, 404 Mortalidad tarifas **Véase también** Muerte; Vida útil TDAH y, 73 trastorno por consumo de alcohol y, 558 anorexia nerviosa y, 384 trastorno del espectro autista y, 66 trastorno bipolar I y, 150 bulimia nerviosa y, 390 delirio y, 677 trastorno depresivo mayor y, 187 trastorno por consumo de opioides y, 614 esquizofrenia y, 121 Actividad motora y catatonía, 135 Déficits motores y trastorno del espectro autista, 62 Trastornos motores. **Ver también** Trastorno del desarrollo de la coordinación; trastorno de movimientos estereotipados; Tic

trastornos

característicos de, 36–37

narcolepsia y, 428 trastornos

neurocognitivos y, 716, 729 Enfermedad de la

neurona motora, 699 Estereotipias motoras, 97

Síntomas motores, del trastorno de síntomas

neurológicos funcionales, 351. **Véase también** Psicomotricidad

Trastorno Tics

motores, 94

Trastornos del movimiento. **Ver** Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos

MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina), 657 Sistema multiaxial, del DSM-IV,

15–16

Esclerosis múltiple, 149, 158, 167, 196, 361, 730
Prueba de latencia múltiple del sueño (MSLT), 409, 419, 420, 423, 424, 426, 427, 428, 433
Atrofia multisistémica, 462, 464 Dismorfia muscular, 264 , 272, 274, 277 Tensión muscular y trastorno de ansiedad generalizada, 251 Mutismo y comportamiento catatónico, 102, 342.
Véase también Mutismo selectivo Infarto de miocardio y trastorno de síntomas somáticos, 351 Mioclonía, 97 Distrofia miotónica, 423

Naloxona, 616

Siestas y siestas, y trastornos del sueño y la vigilia, 418, 419, 420, 423, 425, 448
Trastorno narcisista de la personalidad, 733, 741, 747, 751–752, 760–764, 775, 883, 887–888
Narcolepsia , 416, 420, 422–429, 433, 460 Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), 23
Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA), 6 Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), 6 Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), 6 nativos americanos. **Véase también** indios americanos; La raza; Racismo Trastornos relacionados con el alcohol en, 556, 563
Trastorno bipolar I en, 146 Diversidad y limitaciones de los datos sobre, 19 Trastorno por consumo de opioides en, 611 Trastorno por consumo de tabaco en, 647

Native American Church, 593 Uso de cannabis por nativos hawaianos,

585 Trastorno por uso de estimulantes en, 638 Afectividad negativa y rasgos de personalidad, 885, 888, 889, 893, 899 Emocionalidad negativa y trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta, 522 Refuerzo negativo, y trastorno de autolesión no suicida, 924 Síntomas negativos, de esquizofrenia y trastornos psicóticos, 102–103, 117, 123 Negativismo y comportamiento catatónico, 102 Negligencia. **Véase también** Experiencias infantiles adversas; Abuso infantil; Trastorno por evitación/ restricción de la ingesta de alimentos por abuso físico y, 378 codificación de, 824, 826–827 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345 trastorno de compromiso social desinhibido y, 299, 300 trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, 362 trastorno reactivo del apego y, 297, 298 trastorno de *rumiación* y, 375 Nervios ("nervios"), 877 "ataque de nervios", como lenguaje cultural de angustia, 859 Países Bajos, prevalencia de trastornos de eliminación en, 400, 404 disforia de género en, 516 trastorno de acumulación en, 279 trastorno de pánico en, 238

Neurastenia, 877, 878

Trastorno neuroconductual asociado a la exposición prenatal al alcohol (ND-PAE), 916–920 Déficits neurocognitivos. **Ver también** Déficits cognitivos

TDAH y, 70

trastorno por uso de estimulantes y, 639

Trastornos neurocognitivos (ENT). **Véase también** enfermedad de Alzheimer; Delirio; Demencia; Trastorno(s) neurocognitivo(s) mayor(es) o leve(s); Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos; Características del trastorno neurocognitivo no especificado de, 667 dominios cognitivos, 668, 669–671

1033

diagnóstico diferencial de

trastorno de estrés agudo,

319 TDAH, 75 trastorno de

acumulación, 281 otros

trastornos neurocognitivos, 678, 694, 698, 706, 726, 729, 730 TEPT, 313

trastorno específico del aprendizaje, 85 memoria y, 342–343 movimiento ocular rápido trastorno del comportamiento del sueño y, 462, 464

intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 628 uso de sustancias y,

545 uso de términos, 667 Condiciones neurodegenerativas, 421, 463, 464

Trastorno del neurodesarrollo asociado con la exposición prenatal al alcohol,

99 Trastornos del neurodesarrollo. **Ver también** Trastorno por déficit de atención/hiperactividad; Espectro autista

trastorno; Desordenes comunicacionales; trastornos del desarrollo intelectual; trastornos motores; Otros trastornos del neurodesarrollo; Características del trastorno específico del aprendizaje, 35–37 Diagnóstico diferencial de, 73, 85, 167, 224, 280, 286, 689, 747 Inmadureces del neurodesarrollo, 87 Neurofibromatosis tipo 1, 83 Neuroimagen. **Ver también** Imágenes por resonancia magnética

TDAH y, 72

síndrome de psicosis atenuada y, 905

trastorno del insomnio y, 415 trastorno

depresivo mayor y, 187 trastorno neurocognitivo

vascular mayor o leve y, 704

Síndrome neuroléptico maligno, 809, 810–811

Trastornos neurológicos. **Véase también** Trastorno de síntomas neurológicos

funcionales trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y, 259 diagnóstico

diferencial de, 49, 84–85, 92, 363, 658, 811 acatisia aguda inducida por

medicamentos y, 814 discinesia tardía y, 815 signos neurológicos leves, 87, 116

Trastornos neuromusculares, 88, 441
Síntomas neuropsiquiátricos, de NCD debido a la enfermedad de Alzheimer, 691–692
Pruebas neuropsicológicas y trastornos neurocognitivos, 685–686, 688, 701, 725 Neuroticismo.
Véase también Rasgos de personalidad trastorno por estrés agudo y, 317 trastorno depresivo mayor y, 189 trastorno depresivo persistente y, 195 TEPT y, 309–310 mutismo selectivo y, 223 trastorno de síntomas somáticos y, 353 Nueva Zelanda, prevalencia de anorexia nerviosa en, 384 atracones -trastorno alimentario en, 394 bulimia nerviosa en, 390 retraso en la fase del sueño tipo de ritmo circadiano trastorno del sueño-vigilia en, 444 trastorno del juego en, 664 Nicotina. **Ver** Tabaco Nigeria, trastorno explosivo intermitente en, 529
Síndrome de comer de noche, 396 Pesadilla(s), 218, 325, 458. **Ver también** Sueños
Trastorno de pesadilla, 421, 455, 457–461 Óxido nitroso, 603, 654, 655 Solo nocturno subtipo, de enuresis, 399, 400, 401 Ataques de pánico nocturnos, 237, 243 Prueba de tumescencia peneana nocturna, 484 "Sin diagnóstico o condición", como código, 803, 805 Incumplimiento del tratamiento médico, 835 Sin alimentos, uso del término, 372 Enuresis no monosintomática, 399 Sueño sin movimientos oculares rápidos (NREM) y trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos, 408,

452–457

Sueño no reparador, 411
Trastorno de autolesión no suicida, 923–926
Tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas, del ritmo circadiano trastornos del sueño-vigilia, 448–450 Comunicación no verbal y trastorno del espectro autista, 61 Noruega, prevalencia de sueño-vigilia trastornos en, 413, 444 Delirio en asilos de ancianos y, 676 trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve y, 698 Nutrición, y trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 376, 377. **Ver también** Dieta

Obesidad. **Véase también** Índice de masa corporal; Asociaciones de aumento o pérdida de peso entre trastornos mentales y, 371 trastorno por atracón y, 394, 395 trastorno bipolar I y, 150 codificación de, 835 trastornos del sueño-vigilia y, 421, 425, 431, 432, 440, 441

Obsesiones, 263, 266. **Véase también** Contaminación obsesiones

Comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo
(TOC) y, 271, 356, 387, 775 cuestiones
diagnósticas relacionadas con la cultura, 268
desarrollo y curso de, 267–268 características
diagnósticas y asociadas de, 266–267 criterios
diagnósticos para, 265–266 diagnóstico diferencial de,
270–271 trastorno de estrés agudo, 318 anorexia
nerviosa, 387

1034

trastorno del espectro autista, 67
trastorno de la ingesta de alimentos por evitación/
restricción, 380 trastorno delirante, 107–108 trastorno
de despersonalización/desrealización, 346 trastorno de
ansiedad generalizada, 254 trastorno de acumulación,
280–281 trastorno de ansiedad por enfermedad, 359–
360 trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad,
774 trastorno pedófilo, 796

TEPT, 312
esquizofrenia, 120
trastorno de ansiedad social, 235
trastorno de síntomas somáticos, 356
fobia específica, 229 trastorno de
movimientos estereotípicos, 92 trastornos
de tics, 97 consecuencias funcionales de,
269–270 prevalencia de, 267 factores de riesgo
y pronóstico, 268 sexo y género problemas de
diagnóstico relacionados, 268–269
sonambulismo y, 457 especificadores para, 266 uso de
sustancias y, 545 pensamientos o comportamientos suicidas,
269

Características obsesivo-compulsivas de la anorexia nerviosa, 383
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 271, 733, 744, 764, 771–775, 884, 888–889 Trastornos
obsesivo-compulsivos y relacionados. **Ver también** Trastorno dismórfico corporal; Trastorno de excoriación;
Trastorno de acumulación; Desorden obsesivo compulsivo; Otro trastorno obsesivo compulsivo y relacionado
especificado; trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias/medicamentos; tricotilomanía; Características del
trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado no especificado de, 263–265 diagnóstico diferencial de, 270, 284, 286,
290, 379

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica, 291–293 Apnea obstructiva
del sueño hipopnea, 429–434, 438, 442, 464 Deterioro laboral. **Véase también** Desempleo

TDAH en adultos y, 73
trastorno por consumo de alcohol y, 560 trastorno de personalidad antisocial y, 749 trastorno de personalidad por evitación y, 765–766 trastorno bipolar I y, 148 códigos para, 830–831 trastorno de personalidad dependiente y, 769 amnesia disociativa y, 340 excoriación y, 286 trastorno por uso de inhalantes, 603 trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington y, 728 apnea hipopnea obstructiva del sueño y, 433 trastorno esquizoide de la personalidad y, 742

Adultos mayores. **Véase también** Adultos;

Agorafobia por edad en, 247 trastorno bipolar II en, 156 consumo de cannabis y, 579 trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia en, 446, 450 trastorno de despersonalización/desrealización en, 347 delirio y, 677 consecuencias del aislamiento social y problemas de comunicación en la salud, 66 VIH infección en, 720 trastorno de insomnio en, 413–414 memoria y, 342–343 apnea obstructiva del sueño hipopnea y, 431–432 ataques de pánico en, 243 trastorno de pánico en, 238 trastorno de duelo prolongado en, 324 trastorno psicótico debido a otra afección médica y, 133, 134 esquizofrenia en, 118 trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 625 efectos secundarios de medicamentos y, 624 trastorno de ansiedad social en, 231, 232, 233 trastorno de síntomas somáticos en, 353 fobia específica en, 227, 228 retraso discinesia en, 815–816 Trastorno de referencia olfativo, 276, 879 Omán, trastorno de síntomas neurológicos funcionales en, 362 Mejoras en línea, del DSM-5-TR, 28 Opioides. **Ver también** Trastorno por consumo de opioides; Abnea central del sueño por abstinencia de opiáceos y, 436, 438 eyaculación precoz y, 504 síndrome de piernas inquietas y, 466 disfunción sexual y, 508 trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos y, 471

Trastornos mentales inducidos por opioides, 614, 617, 619

Intoxicación por opioides, 614, 615–617

Trastornos relacionados con los opioides. *Ver* Opioides; trastornos mentales inducidos por opioides; intoxicación por opioides;

Trastorno por consumo de opioides; Abstinencia de opioides; Trastorno no especificado relacionado con opioides

Trastorno por consumo de opioides, 608–615. *Ver también* Opioides

Abstinencia de opiáceos, 614, 617–619

Comorbilidad del trastorno negativista desafiante

y, 75, 82, 526–527, 537, 920 trastorno de conducta y, 532,

534 problemas diagnósticos relacionados con la cultura, 525

1035

desarrollo y curso de, 524 diagnóstico y

características asociadas de, 523–524 criterios de diagnóstico

para, 522–523 diagnóstico diferencial de, 73, 181–182, 221, 235,

525–526, 530, 536 encopresis y, 403 consecuencias funcionales de , 525 trastorno

neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y, 920 prevalencia de, 524

características de riesgo y pronóstico de, 524–525 problemas de diagnóstico relacionados con

el sexo y el género, 525 especificadores de, 523 opresión. *Véase también* Discriminación; Racismo

trastorno de conducta y, 534 trastorno de identidad disociativo y, 334 enuresis y, 400 categorías raciales y

sistemas de, 860 esquizofrenia en grupos socialmente oprimidos y, 118 consecuencias sociales del racismo

y, 18

Anticonceptivos orales, 200, 204, 573

Salud bucodental y trastorno por consumo de estimulantes, 639 ;

Movimientos orofaciales y discinesia tardía, 815

Otro efecto adverso de la medicación, 819

Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica, 28

Intoxicación con otros alucinógenos, 596–598

Otro trastorno por consumo de alucinógenos, 590–594

Otro trastorno de insomnio, 417

Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos, 818

Otro parkinsonismo inducido por medicamentos, 807

Otros trastornos del neurodesarrollo, 99

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, 275–276

Otro trastorno de ansiedad específico, 261

Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad específico, 76

Otro trastorno bipolar y relacionado específico, 168–169, 196

Otro delirio específico, 678

Otro trastorno depresivo específico, 196, 209–210

Otro trastorno específico

conceptos culturales de angustia y, 873

uso de como opción diagnóstica, 21, 22

Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado,

541 Otro trastorno disociativo especificado, 244, 330, 342, 347–348, 464 Otro

trastorno de eliminación especificado, 405 Otro trastorno alimentario o alimentario

especificado, 396 Otra disforia de género especificada, 520 Otro trastorno de

hipersomnia especificado, 475 Otro trastorno de insomnio especificado, 416, 475

Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica, 803–804 Otro

trastorno del neurodesarrollo especificado, 99 Otro trastorno obsesivo compulsivo

y relacionado especificado, 264, 293–294 Otro trastorno parafílico especificado, 801

Otro trastorno de personalidad especificado, 733, 778 Otro espectro de esquizofrenia

especificado y otro trastorno psicótico, 138 Otra disfunción sexual especificada, 509

Otro trastorno de sueño-vigilia especificado, 411, 476 Otro síntoma somático

especificado y trastorno relacionado, 370 Otro trastorno de tics especificado, 93, 95,

98 Otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés, 327–328 Otro

trastorno inducido por sustancias (o desconocido) trastornos mentales, 655–656, 660

Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), 655, 656–658 Trastorno por consumo

de otra sustancia (o desconocida), 547, 652–656 Abstinencia por otra sustancia (o

desconocida), 655–656, 658–660 Pruebas de sueño fuera del centro (OCST), 430

Esquema para la formulación cultural, 860–862 Esquemas de sobreconexión y trastorno de despersonalización/desrealización, 345 Sobrediagnóstico. **Véase también**

Diagnóstico erróneo

del trastorno de personalidad antisocial,

751 del trastorno bipolar en niños, 177 del

trastorno explosivo intermitente, 528 del

trastorno negativista desafiante, 525 de la

esquizofrenia, 116

Sobredosis, de medicamentos o sustancias de abuso, 611, 614, 616, 625

Oxicodona, 612

Trastornos relacionados

con el alcohol en isleños del Pacífico en, 563

consumo de cannabis y, 578, 585 trastorno

por consumo de opioides y, 611

Dolor

Consumo de cannabis y,

577 Trastorno de excoriación y,

285 Trastorno de dolor/penetración genito-pélvico y, 494, 496

Trastorno por consumo de opiáceos y, 610 Cambio de

personalidad debido a otra afección médica y, 777 Trastorno de

síntomas somáticos y, 351, 353

Pakistán y ese síndrome, 875 ;

Palilalia, 94

Ataques de pánico. **Véase también** Trastorno

de angustia trastorno por estrés agudo y,
316, 318 agorafobia y, 246 definición de,
215, 236

1036

trastorno de despersonalización/desrealización y, 346
diagnóstico diferencial de, 245 trastorno de síntomas
neurológicos funcionales y, 364 apnea hipopnea obstructiva del
sueño y, 434 trastorno de pánico y, 216 trastorno de ansiedad
social y, 234 fobia específica y, 225, 229 especificadores de,
242–245

Comorbilidad del

trastorno de pánico y, 241–242
cuestiones diagnósticas relacionadas con la
cultura, 239 descripción de, 216 desarrollo y
curso de, 238 características diagnósticas y
asociadas de, 236–237 criterios diagnósticos para, 235–
236 marcadores diagnósticos de, 240 diagnóstico
diferencial de, 240–241 trastorno de estrés agudo, 318
agorafobia, 249 trastorno bipolar I, 149 trastorno de
despersonalización/desrealización, 346 trastorno de
síntomas neurológicos funcionales, 364 trastorno de
ansiedad generalizada, 254 trastorno de ansiedad
por enfermedad, 359 trastorno de pesadillas, 460

PTSD, 312

trastorno de ansiedad por separación,
229 trastorno de síntomas somáticos, 355

consecuencias funcionales de, 240
prevalencia de, 237 factores de riesgo
y pronóstico, 238–239 problemas de
diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 239–240

Ideación paranoide e intoxicación por estimulantes, 641

Trastorno de personalidad paranoide, 733, 737–742, 747, 756, 764, 767

Parafilia, definición de, 779 Trastornos parafílicos. **Véase también** Trastorno

exhibicionista; trastorno fetichista; trastorno froturístico; Trastorno de masoquismo sexual; Trastorno de sadismo sexual;
Trastorno travesti; Trastorno voyeurista características de, 779–780 comorbilidad de, 783

diagnóstico diferencial de, 795, 798

Parasomnias, 402, 416, 421, 451, 456, 464. Ver **también** Trastornos del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos; Trastorno del comportamiento del sueño por movimientos oculares rápidos

Padre(s) y crianza de los hijos. Véase **también** Cuidado; Codificación familiar de problemas relacionales, 829 trastorno de ansiedad generalizada y, 252 trastorno de pesadillas y, 459 TOC y, 269 trastorno de pánico y, 239 mutismo selectivo y, 223 trastorno de ansiedad por separación y, 219

Medida transversal de síntomas del DSM-5 de nivel 1 calificada por padres/tutores, 845, 846, 849–850 Parkinsonismo, 700. Ver **también** Parkinsonismo inducido por medicamentos Enfermedad de Parkinson, 207, 423, 462, 464, 808, 809. Ver **también** Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson

Paroxetina, 818

Discinesias paroxísticas, 97

Rasgos patológicos de personalidad, 882, 891, 899–901

Síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico (PANS), 292, 379

Trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (PANDAS), 292, 428

Trastorno pedófilo, 779, 783, 792–796 Músculos del

suelo pélvico y trastorno de penetración/dolor genito-pélvico, 494, 498 Pletismografía peneana, 795

Pen Iom, 876 Pentazocina, 610 Percepción y delirio, 676 Ver **también** Trastorno de percepción

persistente por alucinógenos Perfeccionismo y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 772, 774 Tipo de rendimiento únicamente, trastorno de ansiedad social, 230 Perimenopausia y trastorno

bipolar II, 157 Movimientos periódicos de las piernas durante el sueño (PLMS), 465 Inicio periparto . Véase

también Embarazo de TOC, 269 como especificador de trastornos bipolares y relacionados, 173–174 como especificador de trastornos depresivos, 213 Subtipo persecutorio, de trastorno delirante, 101 Persistencia. Ver **también** Criterios de duración

trastorno de acumulación y, 278 de

dificultades de aprendizaje, 79 como

especificador de trastornos de adaptación, 320

Trastorno persistente (crónico) de tics motores o vocales, 93–98

Trastorno de duelo complejo persistente, 903

Trastorno depresivo persistente, 177, 191, 193–197, 200, 327, 764

Cambio de personalidad debido a otra condición médica, 775–778, 782, 785, 787

Trastorno de personalidad por otra condición médica, 733

Desorden de personalidad. **Ver también** Trastorno de personalidad antisocial; Desorden de personalidad evasiva; Trastorno límite de la personalidad; trastorno de personalidad dependiente; Trastorno de personalidad histriónica; trastorno de personalidad narcisista; Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; Otro trastorno de personalidad especificado; Trastorno de personalidad paranoica; Rasgos de personalidad; Trastorno esquizoide de la personalidad; Trastorno esquizotípico de la personalidad; Modelo alternativo de trastorno de personalidad no especificado para en DSM-5, 881–883, 891, 893, 894 grupos y clasificación de, 734 comorbilidad y, 197, 343, 347, 364 problemas de diagnóstico relacionados con la cultura, 736 definición de, 733 desarrollo y curso de, 735–736 criterios diagnósticos para, 734–735, 881–883 características diagnósticas de, 735 diagnóstico diferencial de, 736–737 trastornos de adaptación, 322 TDAH, 75 trastorno del espectro autista, 67 trastornos bipolares, 150, 158 trastorno psicótico breve, 111 bulimia nerviosa, 392 trastorno de identidad disociativo, 336 trastorno del juego, 665 pica, 373 TEPT, 312 trastorno de ansiedad por separación, 221, 234–235 modelos dimensionales para, 734 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 736 trastorno de personalidad: rasgo especificado (PD-TS), 881, 890, 891 Psicopatología de la personalidad Cinco (PSY-5), 893 Rasgos de personalidad intoxicación por alcohol y, 563 definición y descripción de, 892–894, 899–901 trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 522, 532 trastorno de identidad disociativo y, 331, 332–333 Nivel de escala de funcionamiento de la personalidad, 895–898 patológico, 882, 883, 899–901 trastornos de la personalidad y patrones de, 735 TEPT y, 309–310 trastorno esquizoide de la personalidad y, 744 trastorno de ansiedad social y, 232 Omnipresencia, de rasgos patológicos de personalidad, 882 Peyote, 593 Fenciclidina, 165. **Véase también** Trastorno por uso de fenciclidina Trastornos mentales inducidos por fenciclidina, 590, 596, 600 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, 128, 129 Intoxicación por fenciclidina, 584, 590, 594–596, 639 Fenciclidina trastorno por consumo, 587–590

Fenilalquilaminas, 592

Estímulo fóbico y fobia específica, 225
Maltrato físico. **Véase también** Abuso infantil; Codificación de abuso sexual de, 822–823 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345 amnesia disociativa y, 339 trastorno de identidad disociativo y, 334 trastorno ficticio y, 369 TOC y, 268

Síntomas físicos. **Ver también** trastornos y síntomas cardiovasculares; Síntomas somáticos anorexia nerviosa y, 385–386

trastorno de pánico y, 240 trastorno de ansiedad por separación y, 218

Pica, 371–373

Síndrome de Pisa, 812

Juego y TEPT en niños, 309 .

Neumotórax y trastorno por uso de estimulantes, 639

Polifarmacia y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, 129

Polisomnografía y trastornos del sueño y la vigilia, 408–409, 414–415, 419, 421, 426, 430, 432, 433, 438, 441, 455, 463, 473, 701

Pornografía y trastornos parafílicos, 779, 788, 791, 795 Tomografía por emisión de positrones (PET), 701 Posesión y estados de trance, 102, 317, 331, 332, 340. **Ver también** Creencias sobrenaturales Síntomas poscommocionales y trastorno de estrés agudo, 316, 319 Psicosis posictal, 133 Periodo posparto y trastorno bipolar II, 156–157 Psicosis posparto, 148 Amnesia postraumática debida a lesión cerebral, 336, 341–342 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

comorbilidad y, 313, 324, 327, 343, 356 cuestiones

diagnósticas relacionadas con el cultivo, 310–311 desarrollo y curso de, 308–309 diagnóstico y características asociadas de, 305–308 criterios diagnósticos para, 301–304 diagnóstico diferencial de, 312 –13 trastorno de estrés agudo, 318

TDAH, 74

trastornos de adaptación, 321–322 agorafobia, 250 trastorno bipolar I, 149 trastorno de identidad disociativo, 335 trastorno eréctil, 485

trastorno de oposición desafiante, [526](#)
trastornos de personalidad, [737](#)
trastorno de duelo prolongado, [327](#)
esquizofrenia, [120](#) trastorno de ansiedad por separación, [221](#) trastorno de ansiedad social, [229](#) consecuencias funcionales de, [311–312](#) trastorno explosivo intermitente y, [529](#) trastornos neurocognitivos y, [712](#) trastorno de pesadilla y, [459](#) prevalencia de, [308](#) factores de riesgo y pronóstico, [309–310](#) problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, [311](#) pensamientos o conductas suicidas, [311](#) Inestabilidad postural y alteración de la marcha (PIGD), [724](#) Pobreza.

Consulte las Directrices de práctica sobre el estado socioeconómico **para la evaluación psiquiátrica de adultos** (Asociación Estadounidense de Psiquiatría), 5,

[15](#)

Síndrome de Prader-Willi, [286, 423](#)

Pragmática, definición de, [54](#). **Véase también** Trastorno de la comunicación social

Embarazo y complicaciones del parto. **Ver también** Síndrome alcohólico fetal; bebés; Período posparto; Psicosis posparto Trastorno por consumo de alcohol y, [558, 559](#) Abstinencia de cafeína y, [573](#) Consumo de cannabis y, [580](#) Consumo de cocaína y, [639](#) TOC y, [268](#) Pica y, [372, 373](#) Síndrome de piernas inquietas y, [467](#) Esquizofrenia y, [118](#) Prejuicio. **Ver** Sesgo Eyaculación precoz, [501–504](#) Trastorno disfórico premenstrual, [159, 191, 197–200](#) Síndrome premenstrual, [159, 199–200](#) Escala de calificación del síndrome de tensión premenstrual, [199](#) Trastorno de ansiedad por enfermedad de preocupación y, [357, 359](#) Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados y, [263](#) trastorno por duelo prolongado y, [323, 325](#)

Disforia de género de inicio prepuberal, [516](#)

Prevalencia. **Véase también** información

contextual sobre trastornos específicos en DSM-5-TR, [26, 27](#) inclusión de datos sobre grupos etnoraciales específicos, [18–19](#)

Trastorno mental primario, uso del término en DSM-IV, [25](#)

Enfermedad priónica. **Véase** Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad priónica Síntomas prodrómicos de esquizofrenia, [115](#) Revisión profesional y proceso de revisión del DSM-5, [8–9](#) Parálisis supranuclear progresiva, [699](#)

Trastorno de duelo prolongado, [221](#), [295](#), [308](#), [322–327](#), [903](#)
Propofol, [654](#) Hipertrofia prostática, [485](#) Prostatitis y eyaculación precoz, [503](#), [504](#) Diagnóstico provisional, uso de como modificador, [24](#) Trastorno de tic provisional, [93–98](#) Pseudocataplejía, [428](#)
Psilocibina, [592](#), [593](#) Trastorno de ansiedad indexado a la psilocibina, [257](#) Consorcio de genómica psiquiátrica, [922](#)
[PsychiatryOnline.org](#), [28](#) Abuso psicológico, [825](#), [827](#) Angustia psicológica y disfunciones sexuales, [481](#), [497](#). **Véase también** Angustia Factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas, [364–367](#) **Medicina psicológica** (revista), [11](#) Trastorno psicomotor, [135](#), [186](#). **Véase también** Síntomas motores Psicopatía, [748](#), [885](#) Estresores psicosociales. **Véase también** Estado socioeconómico; Trastorno dismórfico corporal por estrés y, [275](#) eyaculación retardada y, [480](#) dolor genito-pélvico/trastorno de penetración y, [496](#) trastorno de rumiación y, [375](#)

Desórdenes psicóticos). **Ver también** espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos síndrome de psicosis atenuada y, [904](#) consumo de cannabis y, [582](#) síntomas catatónicos de, [137](#) diagnóstico diferencial de

trastorno de estrés agudo, [318](#)
TDAH, [75](#)
trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, [380](#) trastorno dismórfico corporal, [276](#)
delirio, [677–678](#) trastorno de despersonalización/desrealización, [346](#) trastorno del desarrollo de la coordinación, [85](#) trastorno de identidad disociativo, [335–336](#) trastorno de ansiedad por enfermedad, [360](#)
trastorno depresivo mayor, [191–192](#)

TOC, [270](#)
trastorno depresivo persistente, [196](#)
trastornos de personalidad, [737](#), [743](#), [747](#)
trastorno de duelo prolongado, [327](#) trastorno psicótico debido a otra condición médica, [134](#)
TEPT, [313](#)
mutismo selectivo, [224](#)
trastorno de ansiedad por separación, [221](#) tricotilomanía, [284](#)

heterogeneidad de y evaluación calificada por el médico, [104](#) trastorno de personalidad paranoide y, [739](#) trastorno por uso de estimulantes y, [636](#) uso de sustancias y, [545](#)

Trastorno psicótico debido a otra condición médica, [108](#), [125](#), 131–134

Características psicóticas, como especificador, [173](#), 212–213

Psicotismo, como rasgo de personalidad, [887](#), [889](#), [893](#), [901](#)

Disforia de género puberal/pospuberal, [517](#)

Examen público y proceso de revisión del DSM-5, 8–9

Conductas de purga y bulimia nerviosa, [389](#) ;

Trastorno de purgas, [396](#)

Piromanía, 537-539

Calidad de vida

trastorno dismórfico corporal y, [275](#) encopresis

y, [404](#) trastorno de acumulación y, [280](#)

enfermedad trastorno de ansiedad y, [359](#)

trastorno de insomnio y, [415](#) apnea obstrutiva

del sueño hipopnea y, [433](#)

TOC y, [269](#)

trastorno de pánico y, [240](#)

síndrome de piernas inquietas y, [467](#)

trastorno de síntomas somáticos y, [352](#)

La raza. **Véase también** afroamericanos; nativos de Alaska; Indios americanos; asiático-americanos; Nativo americanos; hawaianos nativos; isleños del Pacífico; Racialización; Racismo trastorno por consumo de alcohol y, [556](#) consumo de cannabis y, [578](#) definición de, [860](#)

PTSD y, [308](#) como

construcción social, [17](#)

Racialización y grupos racializados. **Véase también** Etnicidad; La raza; Racismo

bulimia nerviosa y, [391](#) riesgo

cardiovascular y apnea obstrutiva del sueño hipopnea, [435](#) dolor genito-pélvico/

trastorno de penetración y, [497](#) TEPT y, [308](#) esquizofrenia y, [118](#), [119](#) construcción

sociocultural de la identidad y, [17](#) uso de término en DSM-5-TR , [18](#) Racismo.

Véase también Discriminación; Opresión; La raza

trastorno de conducta y, [535](#)

trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, [180](#)

enfoque en DSM-5-TR, 18–19 trastorno de ansiedad generalizada

y, [253](#)

impacto de en los trastornos mentales,
860 impacto de en el diagnóstico psiquiátrico, 17–
18 trastorno explosivo intermitente y, 528
trastorno depresivo mayor y, 189, 190 trastorno
de pánico y, 238, 239 trastorno de personalidad
paranoide y, 739, 740
PTSD y, 310
proceso de revisión del DSM-5 y, 11
trastorno de ansiedad social y, 232
trastornos relacionados con el tabaco y, 648
Ramelteon, y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, 472
Ciclado rápido, como especificador, 146, 155, 161, 171 Sueño con movimientos
oculares rápidos (REM), 408 Trastorno del comportamiento del sueño con
movimientos oculares rápidos, 456, 460, 461–464 Fenómeno de Raynaud ,
419 Reacción, uso del término e historia del sistema DSM, 5 Trastorno reactivo
del apego, 74, 295–298, 379 Reactividad, trastorno de estrés agudo y, 316
TEPT y, 307 Lectura y trastorno específico del aprendizaje, 83–84 Distorsiones
de la realidad, y síndrome de psicosis atenuada, 906–907 Prueba de realidad
intoxicación por fenciclidina y, 596 abstinencia de sedantes, hipnóticos o
ansiolíticos y, 629 Motivo de la visita y diagnóstico principal, 24 Capacidad
receptiva y déficits del lenguaje, 47 Procedimientos de registro. **Consulte**
Recuperación de codificación. **Véase también** Recurrencia; Recaída;
Remisión trastorno depresivo mayor y, 188 trastorno neurocognitivo mayor o
leve debido a lesión cerebral traumática y, 709 síndrome neuroléptico
maligno y, 811 esquizofrenia y, 117 Recurrencia. **Véase también** Recaída
del trastorno bipolar II, 155 del trastorno exhibicionista, 784 del trastorno
froturístico, 786 del trastorno depresivo mayor, 188 del TEPT, 309 del
trastorno de sadismo sexual, 791 del trastorno voyeurista, 781
Reexperimentación. **Ver también** Flashbacks trastorno de estrés agudo y,
317 trastorno de percepción persistente por alucinógenos y, 598 trastorno
de duelo prolongado y, 327 de eventos traumáticos, 306, 309, 313

Delirios referenciales, 101, 745

Derivación, a especialista en salud mental por trastorno de síntomas somáticos, 352

Refugiados. **Ver** Inmigración e inmigrantes

1040

Trastorno de regurgitación y rumiación, [374](#) Recaída.

Véase también Recurrencia; Remisión

de agorafobia, [248](#) de
trastorno por consumo de alcohol,
[557](#) de trastorno psicótico breve, [110](#)
de trastorno del juego, [663](#) de trastorno
del sueño inducido por sustancias/medicamentos, [473](#) Religión.

Véase también Diferencias culturales; Hinduismo; rituales; Espiritualidad

consumo de alcohol y,
[563](#) trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos y, [378](#) trastorno psicótico breve y, [110](#) codificación
de problemas con, 834–835 delirios y, [101](#) trastorno de
despersonalización/desrealización y, [345](#) pensamiento y habla
desorganizados, [102](#) alucinaciones y, [119](#) alucinógeno [593](#)
obsesiones relacionadas con, [268](#) trastornos parafílicos y,
[789](#) persecución por y TEPT, [310](#) trastornos de personalidad
y, [746](#) trastorno disfórico premenstrual y, [198](#) disfunciones
sexuales y, [480](#), [482](#), [487](#), [491](#), [495](#), [499](#), [502](#), [503](#) Trastorno
de conducta suicida y [922](#) Remisión. **Véase también**
Recuperación; Recaída de agorafobia, [248](#) de trastorno por
consumo de alcohol, [557](#) de trastorno de personalidad
antisocial, [750](#) de trastorno límite de personalidad, [755](#) de
bulimia nerviosa, [390](#) de trastornos depresivos, [214](#) de ludopatía, [663](#) de
trastornos del estado de ánimo y especificadores de, [175](#), [214](#) de trastorno de
ansiedad social, [232](#) de trastornos por uso de sustancias, y especificadores para,
[547](#) Comportamientos repetitivos trastorno del espectro autista y, [58](#), [59](#), [60](#), [61](#)–
[62](#), [65](#), [67](#), [298](#) adicciones conductuales y, [543](#) trastorno dismórfico corporal y,
[272](#)–[273](#) trastorno de excoriación y, [287](#) trastornos obsesivo-compulsivos y
relacionados, [263](#) trastorno de movimientos estereotipados y, [89](#)–[90](#), [92](#)

Instalaciones residenciales y trastorno del movimiento estereotipado, 90
Síntomas residuales de esquizofrenia, 115 Resiliencia y Esquema para la formulación cultural, 861 Trastornos respiratorios, 239, 240, 259, 582. *Véase también* Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Gasto de energía en reposo y anorexia nerviosa, 385 Síndrome de piernas inquietas, 402, 416, 464–468 Inquietud y acatisia aguda inducida por medicamentos, 813, 814 Eyaculación retrógrada, 481 Alteraciones de la memoria retrospectiva y amnesia disociativa, 338 Síndrome de Rett, 43, 59, 63, 67, 91 Rigidez parkinsonismo inducido por medicamentos y, 808–809, 810 síndrome neuroléptico maligno y, 810 trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y, 773

Factores de riesgo y pronóstico, uso de información contextual en, 26–27. Ver *también* Pensamientos y comportamientos suicidas; *trastornos específicos*

rituales *Véase también* Espiritualidad consumo de cafeína y, 572 trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, 353 trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados y, 263 trastornos parafílicos y, 789

Rumanía, prevalencia de trastornos mentales en, 219, 529

Trastorno de rumiación, 374–375

Fugitivos y trastorno de conducta, 533 ;

Tristeza y trastorno depresivo mayor, 185 ;

Trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, 257

sabio divino, 592

Síndrome de Sanfilippo, 43

Sarna, 287

Trastorno esquizoafectivo, 108, 120, 121–125, 149, 158, 192, 271

Trastorno esquizoide de la personalidad, 733, 741–744, 747, 775

Esquizofrenia

trastorno por consumo de alcohol y, 24,
561 consumo de cannabis y, 582 catatonía y, 136 comorbilidad y, 121, 271, 561 cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura, 118–119 desarrollo y evolución, 117–118 características diagnósticas y asociadas de, 26, 115 criterios diagnósticos para, 113–115 diagnóstico diferencial de, 129–121 anorexia nerviosa, 386 trastorno del espectro autista, 67 trastorno bipolar I, 158 trastorno delirante, 108 trastorno de despersonalización/desrealización, 346 trastorno de identidad disociativo, 335–336

trastorno exhibicionista, [785](#)
trastornos relacionados con alucinógenos y, [594](#)
trastorno depresivo mayor, 191–192

1041

narcolepsia, [428](#)
trastornos de personalidad, [751](#)
trastorno esquizoafectivo, [125](#)
mutismo selectivo, [224](#) trastorno
de ansiedad social, [235](#) trastorno
voyeurista, [782](#) consecuencias
funcionales de, [119](#) diagnóstico erróneo
de, [18, 116, 119, 147](#) síntomas negativos
de, [102](#) prevalencia de, 116–117 factores
de riesgo y pronóstico, [118](#) problemas de
diagnóstico relacionados con el sexo y el
género, [119](#) pensamientos o conductas suicidas, [119](#)

Espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos. **Ver también** Trastorno psicótico breve; catatonía; Desorden delirante;
Trastorno psicótico debido a otra condición médica; trastorno esquizoafectivo; Esquizofrenia; Diagnóstico diferencial del
trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos de, [229, 280, 380, 520](#) características clave que definen, 101–
103

Trastorno esquizofreniforme, [24, 108, 110, 111–113, 120, 191](#) Clasificación
del trastorno esquizotípico de la personalidad, [104](#) cuestiones diagnósticas
relacionadas con la cultura, [746](#) definición de, [733](#) características
diagnósticas y asociadas de, [745–746, 884](#) criterios diagnósticos
para, [744 –745, 889–890](#) diagnóstico diferencial de, [67, 120, 747–
748, 756, 764, 906](#) prevalencia de, [746](#) factores de riesgo y pronóstico,
[746](#) Escuelas. **Véase también** Educación

trastorno de conducta y, [533](#)
trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
y, [180](#) trastorno por uso de inhalantes y, [603](#) trastorno de
ansiedad por separación y, [218, 221](#) trastorno de ansiedad
social y, [233](#) trastorno específico del aprendizaje y, [84](#)

Comité de Revisión Científica (SRC), [9](#)
Escocia, trastorno de síntomas neurológicos funcionales en, [362](#)
Patrón estacional, como especificador, [174–175, 214, 335](#)
Ganancia secundaria y trastorno de síntomas neurológicos funcionales, [362](#)
Características sexuales secundarias y disforia de género, [514](#) ;
Secreto y atracones, [388](#) ;

Sedante(s), 472, 560

Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 625–626, 628, 631–632, 716. **Véase también** Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Sedante, hipnótico o intoxicación ansiolítica, 564, 584, 614, 616, 626–628 Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 561, 620–626 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 567, 619, 625–626, 628–631 Convulsiones y trastornos convulsivos. **Véase también** Epilepsia trastorno por consumo de alcohol y, 559 amnesia disociativa y, 342 trastorno de identidad disociativo y, 337 trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, 361 abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 629, 630–631 relacionados con el sueño, 456, 460, 464 lesión cerebral traumática y, 708, 709 Amnesia selectiva, 338 Mutismo selectivo, 51, 66, 215, 222–224, 234 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), 487, 814, 818 Self. **Véase también** Trastorno de despersonalización/desrealización de la identidad y, 343–344 Trastorno de identidad disociativo y sentido de, 331 Autoestima

anorexia nerviosa y, 383 trastorno

de la personalidad por evitación y, 765–766 encopresis y, 403 trastorno eréctil y, 482 episodio depresivo mayor y, 142, 152, 184 episodios maníacos y, 144 trastorno narcisista de la personalidad y, 761, 764 eyaculación precoz y, 504

Autoinmolación y contexto cultural del trastorno adaptativo, 321 Autolesiones. **Ver** **también** Trastorno de autolesión no suicida

anorexia nerviosa y, 386 trastorno del espectro autista y, 60, 62 trastorno límite de la personalidad y, 754 catatonía y, 135 codificación de, 822 trastorno de identidad disociativo y, 332 trastorno ficticio y, 369 trastorno del desarrollo intelectual y, 45 pica y, 373 ojo rápido trastorno del comportamiento del sueño del movimiento y, 462, 463 trastorno del movimiento estereotipado y, 37, 89, 90

Automedicación y trastorno de pánico, 241 ;

Autoinformes, de trastorno de conducta, 533 .

Sensibilización y trastorno por consumo de estimulantes, 636 .

Fenómenos sensoriales y TOC, 267

Síntomas sensoriales, de trastorno funcional de síntomas neurológicos, 361 .

Trastorno de ansiedad por separación, 215, 217–221, 228, 234, 241, 249, 254, 327, 756, 770

Enfermedad mental grave, definición de, [615](#)
Anomalías serotoninérgicas y trastorno explosivo intermitente, [528](#)

1042

Química sérica y anorexia nerviosa, [385](#) Trastorno grave por sustancias desconocidas, [547](#) Gravedad, medidas y evaluación de, [842](#). **Véase también** Dimensiones de la psicosis calificadas por el médico gravedad de los síntomas;

Especificadores Sexo, uso del término,

19 Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género, **19**. **Véanse también**

trastornos específicos trastornos de ansiedad y, [228, 233, 239–240, 244, 249, 253](#) trastornos bipolares y relacionados y, [147–148, 156–157, 167](#) trastornos depresivos y, [180, 190, 208](#) trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta y, [525, 535, 537](#) trastornos disociativos y, [334](#) trastornos de eliminación y, [401, 404](#) trastornos alimentarios y alimentarios y, [373, 378, 391](#) trastorno del juego y, [664](#) disforia de género y, [518](#) trastorno del juego en Internet y, [915](#) trastornos neurocognitivos mayores y leves, [688–689, 693](#) trastornos del neurodesarrollo y, [44, 65, 72, 84, 96](#) trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados y, [268–269, 274, 280](#) trastornos parafílicos y, [782, 797](#) trastornos de personalidad y, [736, 740, 755–756, 759, 763, 766, 770](#) piromanía y, [538](#) espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos y, [119](#) disfunciones sexuales y, [497, 501, 503, 508](#) trastornos del sueño-vigilia y, [414, 433, 441, 454, 459, 462, 466–467](#) somat síntomas ic y trastornos relacionados y, [354–355, 363](#) trastornos por uso de sustancias y, [558, 563, 573, 580, 593, 612, 638, 645](#) trastorno de conducta suicida y, [922](#) trastornos relacionados con trauma y estrés y, [311, 317 –318, 326](#)

Cirugía de reasignación de sexo, [512](#)

Sexomnia, [453](#)

Abuso sexual

anorexia nerviosa y, [386](#)
trastorno antisocial de la personalidad y, [751](#)
trastorno límite de la personalidad y, [755](#)
codificación de, 823–824 trastorno de despersonalización/desrealización y, [345](#) amnesia disociativa y, [339](#) trastorno de identidad disociativo y, [334](#) trastorno por consumo de opioides y, [612](#) premenstrual trastorno disfórico y, [199](#)

TEPT y, [305, 311](#)

Comportamiento sexual y episodios maníacos, [145](#)

Disfunciones sexuales. **Ver también** Eyaculación retardada; trastorno erétil; Trastorno orgásmico femenino; Trastorno del interés/excitación sexual femenina; Trastorno masculino del deseo sexual hipoactivo; Otra disfunción sexual especificada; eyaculación precoz; Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos; Características de disfunción sexual no especificada de, [477–478](#) trastorno fetichista y, [797–798](#) trastorno por consumo de opioides y, [614](#) consumo de sustancias y, [545](#)

Historia sexual y trastorno erétil, [482](#)

Trastorno de masoquismo sexual, [779, 788–790, 798](#)

Trastorno de sadismo sexual, [779](#), 790–792

Shenzhen Shuairuo, [354](#), 877–878

Shen-kuei, [875](#)

Trabajo por turnos y trastornos del sueño y la vigilia, [416, 427](#), 450–451

Trastorno de insomnio a corto plazo, [417](#)

Shubo-kyofu, [274](#)

Timidez

trastorno de personalidad por evitación y, [766](#)

mutismo selectivo y, [223](#) trastorno de ansiedad

social y, [233](#)

Efectos secundarios de los medicamentos

aumento con la edad, [623–624](#)

trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos y, [551](#)

tics motores simples y tics vocales simples, [94](#) tomografía computarizada

por emisión de fotón único (SPECT), [701](#) insomnio situacional/agudo, [413](#),

415–416 piel, y trastorno de excoriación, [285](#) "Skin-popping" y uso de

opioides, [613](#) Esclavitud, raza e historia de, [860](#) Sueño. **Véase también**

Trastornos del sueño y la vigilia trastorno por estrés agudo y, [315](#) definición

de términos, [409](#) delirio y, [676](#) trastorno depresivo mayor y, [186](#) episodios

maníacos y, [144](#) enuresis nocturna y movimiento ocular rápido, [400](#) TEPT y,

[307, 311](#) trastorno de ansiedad por separación y, [218](#)

Síndromes de apnea del sueño y narcolepsia, [427, 429](#). **Véase también** Apnea obstructiva del sueño, hipopnea, "ataques de sueño" y narcolepsia, [427](#) Privación del sueño, [427, 459](#) Diarios de sueño, [411, 420, 445, 447, 448, 449, 451, 473](#) Inercia del sueño y trastorno de hipersomnolencia, [318](#) Insomnio de inicio del sueño e insomnio de mantenimiento del sueño, [411](#) Parálisis del sueño, [424–425, 426, 458](#) Comportamiento alimentario relacionado con el sueño, [453, 454, 455, 456](#)

Hipoventilación relacionada con el sueño , 439–443
Comportamiento sexual relacionado con el sueño,
453 Tipo de terror del sueño, de trastornos del despertar del sueño de movimientos oculares no rápidos, [452](#), [453](#), [454](#), [455](#), [460](#)
Trastornos del sueño y la vigilia. **Ver también** Trastornos del sueño relacionados con la respiración; vigilia del ritmo circadiano
trastornos; Trastorno de hipersomnolencia; Trastorno de insomnio; narcolepsia; Trastorno de pesadillas; Trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos; Trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos; Síndrome de piernas inquietas; Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos TDAH y, [75](#) enfoques para la clasificación de, [407](#) asociación con pensamientos o conductas suicidas, [409](#) inducido por cafeína, [574](#) comorbilidad y, [408](#) diagnóstico diferencial de, [408](#), [445](#), [474](#) conceptos y términos clave, 408– 409 trastornos neurocognitivos y, [702](#), [712](#) consumo de sustancias y, [545](#) sonambulismo y trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos, [452](#)–[453](#), [454](#), [457](#) enfermedad de vasos pequeños, [704](#) tabaquismo. **Véase** Tabaquismo Ronquidos y apnea del sueño hipopnea, [431](#), [432](#), [433](#), [434](#) Respiración y consumo de opioides o cocaína, [614](#), [635](#) Ansiedad social y trastorno esquizotípico de la personalidad, 745–74 Trastorno de ansiedad social

características de, [216](#)

comorbilidad y, [159](#), [768](#) conceptos

culturales de angustia y, [879](#) características

diagnósticas relacionadas con la cultura, 232–233 desarrollo y curso de, 231–232 características diagnósticas y asociadas de, 230–231 criterios diagnósticos para, 229–230 diagnóstico diferencial de, 233–235

trastorno de personalidad por evitación, [767](#)

agorafobia, [249](#) anorexia nerviosa, [387](#)

trastorno por evitación/restricción de la ingesta

de alimentos, [379](#) trastorno dismórfico corporal, [276](#) trastorno

de ansiedad generalizada, [254](#)

TOC, [254](#)

trastorno negativista desafiante, [526](#) trastorno

de pánico, [241](#) mutismo selectivo, [224](#)

trastorno de ansiedad por separación, [221](#)

trastorno de la comunicación social, [55](#) fobia específica, [228](#) consecuencias funcionales de,

[233](#)

genética de, 232
eyaculación precoz y, 503
prevalencia de, 231 factores de
riesgo y pronóstico, 232 problemas
de diagnóstico relacionados con el sexo y el género,
233 especificadores de, 230 pensamientos o
conductas suicidas, 233 Cognición social y dominios
neurocognitivos, 671 Comunicación social, y trastorno
del espectro autista, 58, 59, 60 Trastorno de la comunicación social, 35–
36, 54–56, 66 Costumbres sociales y consumo de cafeína, 572
Determinantes sociales de la salud. **Véase también** Acceso; Desarrollo
de atención médica del DSM-5-TR y, 16 narcolepsia y exposición
diferencial a, 426 Esquema para la formulación cultural y, 861 raza
y exposición diferencial a, 18, 431 factores de riesgo para trastornos
neurocognitivos, 687

Dominio social, del funcionamiento adaptativo,
42 Reciprocidad socioemocional y trastorno del espectro autista, 60–61
Función social. **Véase** Relaciones sociales Aislamiento social anorexia
nerviosa y, 386 consecuencias para la salud de adultos mayores, 66
narcolepsia y, 427 trastornos del despertar del sueño por movimientos
oculares no rápidos y, 455 índices de esquizofrenia y, 118 trastorno de
ansiedad social y crónico, 235

Redes sociales y trastorno de conducta, 533
Redes sociales y formulación cultural, 861. **Véase también** Relaciones
sociales de apoyo. **Véase también** Amistades; Relaciones interpersonales; Aislamiento social; Apoye el
trastorno de personalidad por evitación y, 765–766 trastorno dismórfico corporal y, 276 trastorno límite
de personalidad y, 753 codificación para problemas relacionales, 828–830 trastorno de excoriación y,
286 trastorno de excitación/interés sexual femenino y, 491 dolor genito-pélvico/trastorno de penetración
y, 498 trastorno explosivo intermitente y, 529 trastorno negativista desafiante y, 525 trastorno esquizoide
de la personalidad y, 742 mutismo selectivo y, 223 trastorno de ansiedad social y, 234 Reglas sociales,
de comunicación, 54 Retraimiento social y conceptos culturales de angustia, 875 Sociocultural contexto.
Véase también Contexto cultural de la agorafobia, 247 de condiciones comórbidas en el trastorno
bipolar II, 159 desarrollo del DSM-5-TR y, 16 del trastorno de desregulación disruptiva del estado de
ánimo, 180

1044

de trastorno orgásmico femenino, [487](#)
trastorno del desarrollo intelectual y, [44](#) de trastorno
disfórico premenstrual, [199](#) de PTSD, [310](#) de trastorno de
ansiedad social, [231](#) de fobia específica, [226](#) estado
socioeconómico trastorno por consumo de alcohol y, [557](#)
codificación de, 831–832 trastorno depresivo mayor y, [190](#)
trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal
al alcohol y, [919](#) trastorno específico del aprendizaje y, [82](#)
trastorno por consumo de estimulantes y, [637](#) trastornos
relacionados con el tabaco y, [649](#) Sociopatía, [748](#) Subtipo
somático, del trastorno delirante, [101](#) Síntoma(s) somático(s). *Ver también* Síntomas físicos; Síntoma
somático y trastornos relacionados

de trastorno de despersonalización/desrealización, [344](#) de
trastorno de duelo prolongado, [324](#) de TEPT, [311](#)

Características del trastorno de
síntomas somáticos de, [349](#)
comorbilidad y, [356](#), [364](#) conceptos
culturales de angustia y, [878](#) cuestiones
diagnósticas relacionadas con la cultura, [354](#)
desarrollo y curso de, [353](#) características
diagnósticas y asociadas de, 351–352 criterios diagnósticos
para, [351](#) diagnóstico diferencial de, [254](#), [355–356](#), [359](#), [363–](#)
[364](#), [366–367](#), [498](#) consecuencias funcionales de, [355](#) prevalencia de, 352–353 factores de
riesgo y pronóstico, 353–354 problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género,
354–355 suicidio pensamientos o conducta, [355](#)

Síntoma somático y trastornos relacionados. *Véase también* trastorno facticio; trastorno de síntomas neurológicos funcionales;
trastorno de ansiedad por enfermedad; Otro síntoma somático especificado y trastorno relacionado; Trastorno de síntomas
somáticos; Clasificación de síntomas somáticos no especificados y trastornos relacionados y características de, 349–351
diagnóstico diferencial de, [369](#) Trastorno de somatización, [350](#), [353](#) Trastornos somatomorfos, [349](#) "Pérdida del alma",
como síndrome cultural, [239](#), [879](#) Corea del Sur, prevalencia de

trastorno por consumo de alcohol en,
[558](#) encopresis en, [403](#)

Juegos de Internet en, [914](#)

Trastorno del comportamiento del sueño por movimientos

oculares rápidos en, [462](#) Síndrome de piernas inquietas en, [465](#)

España, prevalencia de ataques de pánico en, [243](#) Intereses

especiales y trastorno del espectro autista, [62](#) Trastorno específico

del desarrollo de la función motora, [86](#) Trastorno específico del

aprendizaje, [36, 45, 53, 76–85, 689](#) Fobia específica, [159, 216, 221,](#)

[224–229, 234, 241, 249, 270, 379](#) Especificadores. **Véase también** Codificación

para trastornos de adaptación, [320](#)

para el tipo de fase avanzada del sueño del trastorno del sueño-vigilia del ritmo circadiano,

[446](#) para el trastorno del espectro autista, [36, 59–60](#) para los trastornos bipolares y

relacionados, [169–175](#) para el trastorno dismórfico corporal, [272](#) para la apnea central del

sueño, [436](#) para trastorno de conducta, [532–533](#) información contextual en DSM-5-TR sobre,

[26](#) para trastornos depresivos, [210–214](#) para amnesia disociativa, [338](#) como elemento de

diagnóstico, [21](#) para trastorno exhibicionista, [783](#) para trastorno fetichista, [796](#) para trastorno

frotteurístico, [786](#) para ludopatía, [662](#) para disforia de género, [513](#) para trastorno de

acumulación, [278](#) para trastornos del desarrollo intelectual, [38](#) para trastornos neurocognitivos

mayores y leves, [684](#) para trastornos del neurodesarrollo, [37](#) para apnea hipopnea obstructiva

del sueño, [429–430](#) para TOC, [266](#) para trastornos de oposición trastorno desafiante, [523](#) para

ataques de pánico, [242–245](#) para trastornos de personalidad, [555, 565, 886, 887, 888, 889–](#)

[890](#) para trastorno de ansiedad social, [230](#) para fobias específicas, [225](#) para trastornos por

uso de sustancias, [470, 547, 555, 565, 576, 588, 592, 602, 622, 634, 646, 653](#) para trastornos

de tic, [93](#) para trastorno travesti, [790](#) uso de manual y, [22](#) trastorno voyeurista y, [781](#) Spectrum,

uso de término, [60](#) Habla . **Véase también** Comunicación; Pensamiento desorganizado del

lenguaje y, [102](#) trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, [361, 362](#) trastorno histriónico

de la personalidad y, [758](#) episodios maníacos y, [144](#) trastorno esquizotípico de la personalidad

y, [745](#)

Trastorno de los sonidos del habla,
50–51 Lesión de la médula espinal y trastorno eréctil,
485 Espíritus e interpretaciones culturales de los delirios, **118, 124.** Véase también Creencias sobrenaturales

1045

Espiritualidad. **Véase también** Religión; Codificación de creencias sobrenaturales de problemas con, 834–835 contenido de obsesiones y compulsiones, **268** trastorno de despersonalización/desrealización y, **345** trastorno de pesadillas y, **459** trastornos parafílicos y, **789** trastorno de duelo prolongado y, **326** factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas y, **366** PTSD y, **311** Sri Lanka, y prevalencia de encopresis, **403** *Srog rlung gi nad*, Estabilidad, de rasgos patológicos de personalidad, **882** Medidas estandarizadas de funcionamiento adaptativo, **42** para trastorno del espectro autista, **62** de desarrollo del lenguaje, **47** para trastorno disfórico premenstrual, **199** Medidas estandarizadas tasa de mortalidad (SMR) y suicidios relacionados con opioides, **613** Respuestas de sobresalto, trastorno de estrés agudo y, **316** trastorno de ansiedad generalizada y, **251** TEPT y, **307**

Estereotipo(s). **Ver también** Trastorno de movimientos estereotipados enfoque centrado en la persona para la evaluación cultural y, **862** el racismo como determinante social de la salud y, **18** trastorno específico del aprendizaje y, **84** Movimientos estereotipados, y TOC, **270** Trastorno de movimientos estereotipados, **37, 66–67, 89–92, 284, 286, 926** Estereotipias y trastorno del espectro autista, **61** Esteroides, **168, 203, 277.** Véase también Trastorno por uso de esteroides anabólicos; Corticosteroides Estigma y estigmatización

contexto cultural de las respuestas familiares y comunitarias a la enfermedad mental, **16** disforia de género y, **519** dolor genito-pélvico/trastorno de penetración y, **496** trastorno de pánico y, **238** autolesiones y, **924** trastorno de síntomas somáticos y, **354** estimulante(s).

Ver también Trastornos relacionados con estimulantes

bulimia nerviosa y, **392** insomnio y, **417** narcolepsia y, **424**

ataques de pánico y, 241
trastornos inducidos por sustancias/medicamentos y, 165, 203, 204, 472, 715 Trastornos mentales inducidos por estimulantes, 639–640, 642, 644 Intoxicación por estimulantes, 639, 640–642 Trastornos relacionados con estimulantes, 632–640, 913. **Véase también** Estimulante(s); mental inducida por estimulantes
trastornos; Trastorno no especificado relacionado con estimulantes
Abstinencia de estimulantes, 639–640, 643–644, 818 Infecciones estreptocócicas y trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, 292 Estrés. **Véase también** Trastornos de adaptación a estresores psicosociales y, 320, 322 anorexia nerviosa y, 384 trastorno límite de la personalidad y, 754 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345 amnesia disociativa y, 342 trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, 362 trastorno de insomnio y, 413 Esquema para la formulación cultural y, 861 trastorno de pánico y, 238 trastorno de personalidad paranoide y, 740, 741 trastorno de personalidad esquizoide y, 744 trastorno de personalidad esquizotípico y, 748 trastorno de ansiedad por separación y, 219 disfunciones sexuales y, 485, 491, 495, 499, 502 trastorno por consumo de estimulantes y, 637 Trastornos de tics y, 96 Ictus, 167, 437, 439, 704 Pruebas de Stroop, 714 Racismo estructural, 18 Estupor catatónico y conducta, 102 Delirio y, 676 Síndrome neuroléptico maligno y, 810 Tartamudez. **Véase** Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia Cambios isquémicos subcorticales, 704 Informes subjetivos de trastorno de insomnio, 411 Abuso de sustancias. **Véase también** Cannabis; Cocaína; metanfetamina; opioides; sobredosis; trastornos por uso de sustancias; Sistema de recompensa cerebral del tabaco y, 543 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345 trastorno eréctil y, 484 trastorno de excitación/interés sexual femenino y, 492 trastorno depresivo mayor y, 189 trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino y, 501 episodios maníacos y, 145 trastorno de pesadillas y, 460–461 piromanía y, 539 trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos y, 473–474

Trastornos inducidos por sustancias. **Véase** Abuso de sustancias; intoxicación por sustancias; Sustancia/medicamento trastornos mentales inducidos; trastornos por uso de sustancias; Abstinencia de sustancias
Intoxicación por sustancias, [545, 548–550, 674, 717, 782, 785, 787, 796](#)
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, [216, 241, 245, 254, 255–258, 260](#)
Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, [149, 158, 161, 162–165, 196](#)

1046

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, [161, 191, 196](#), 201–206 Insomnio o hipersomnia inducidos por sustancias/medicamentos, [416, 434](#) Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos, [682](#), 712–717 Inducido por sustancias/medicamentos trastornos mentales, [25, 287, 336, 346–347, 544, 548](#), 550–553 Trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos, [556](#) Trastorno obsesivo compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, [264, 287–291, 293](#) Sustancia/medicamento- trastorno psicótico inducido, [108, 121, 126–131, 134, 584, 907](#) Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, [488, 504–509](#) Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, 468–474 Trastornos relacionados con sustancias. **Ver también** Trastornos relacionados con el alcohol; Trastornos relacionados con la cafeína; trastornos relacionados con el cannabis; Trastorno por consumo de cocaína; trastornos relacionados con alucinógenos; trastornos relacionados con inhalantes; trastornos no relacionados con sustancias; Trastornos relacionados con opioides; Otros trastornos relacionados con sustancias (desconocidos); Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; Trastornos relacionados con estimulantes; trastornos inducidos por sustancias; trastornos por uso de sustancias; Trastorno relacionado con el tabaco

Trastornos por uso de sustancias. **Véase también** Abuso de sustancias
comorbilidad y, [159, 250, 271, 392, 581](#) características diagnósticas de, [544, 545](#), 546–547 diagnóstico diferencial de TDAH, 74–75 anorexia nerviosa, [386](#) trastorno psicótico breve, [110](#) trastornos de la personalidad, [737, 739, 744, 747, 751, 757, 760, 764, 767, 771, 775, 777](#) trastorno por consumo de fenciclidina, [590](#) trastorno de hipersomnia y, [421](#) trastorno explosivo intermitente y, [530](#)

Juegos de Internet y, [914](#) trastornos neurocognitivos y, [712, 717](#) trastorno negativista desafiante y, 526–527 otro (o desconocido) trastorno por uso de sustancias y, [655](#) factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas y, [366](#) piromanía y, [539](#) trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos trastornos distinguibles de, [550](#) lesión cerebral traumática y, [710](#)

Abstinencia de sustancias, [545, 548–550, 675](#)

Subtipos de

anorexia nerviosa, [382](#) de apnea central del sueño, [436](#) de trastorno de conducta, [532](#) información contextual en DSM-5-TR on, [26](#)

de trastorno delirante, [106](#) como elemento de diagnóstico, [21](#) de encopresis, [402–403](#) de enuresis, [399](#) de trastorno exhibicionista, [783](#) de trastornos neurocognitivos mayores y leves, [684, 687](#) de narcolepsia, [423](#) de cambio de personalidad debido a otra condición médica, [776](#) de trastorno de personalidad - rasgo especificado, [890](#) de disfunciones sexuales, [477, 479, 482, 486, 487, 491](#) de hipoventilación relacionada con el sueño, [440](#)

“Muerte súbita por inhalación”, [604, 607](#)

Sugestibilidad y trastorno histriónico de la personalidad, [758](#)

Trastorno de comportamiento suicida, [920–923, 926](#) Pensamientos

o comportamiento suicida. *Ver también trastornos específicos*

enfermedad de Alzheimer y, [694](#) trastornos de ansiedad y, [220, 228, 233, 240, 245, 249, 263](#) trastornos bipolares y relacionados y, [148, 157](#) trastorno límite de la personalidad y, [754](#) codificación de, [822](#) información contextual en DSM-5-TR, [27](#) trastornos depresivos y, [190, 195, 199, 205, 208](#) episodios depresivos con hipomanía de corta duración y, [909](#) trastornos disociativos y, [334, 340](#) trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta y, [535–536, 538–539](#) alimentación y trastornos alimentarios y, [386, 395](#) ludopatía y, [664](#) disforia de género y, [518–519](#)

Trastorno por juegos de Internet y, [916](#)

trastorno de personalidad narcisista y, [763](#)

trastorno neuroconductual asociado con exposición prenatal al alcohol y, [919](#) trastornos neurocognitivos y, [689, 710–711, 728](#) como nueva sección en DSM-5-TR, [19–20](#) trastornos del neurodesarrollo y, [44, 65, 72, 84, 96](#) trastorno de autolesión no suicida y, [925, 926](#) trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados y, [269, 274–275](#) piromanía y, [538–539](#) espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y, [119, 125, 133](#) trastornos del sueño-vigilia y, [409, 415, 459](#) disfunciones sexuales y, [488, 492, 504](#) síntomas somáticos y trastornos relacionados y, [355, 363](#) trastornos por consumo de sustancias y, [556, 559–560, 562, 563, 580, 597, 604, 613, 625, 638–639, 649](#) trastornos relacionados con el trauma y el estrés y, [311, 321](#)

Creencias sobrenaturales y explicaciones culturales. **Véase también** Posesión; Espíritus contenidos de obsesiones y compulsiones, 268 delirios y, 101 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345 de trastorno del desarrollo intelectual, 44 narcolepsia y parálisis del sueño, 426 trastornos de personalidad y, 76 TEPT y, 310 Alimentación suplementaria, y trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos , 377 Módulos complementarios, para Entrevista de formulación cultural, 863 Apoyo y redes de apoyo, 58, 310. **Véase también** Relaciones sociales Cirugía y trastorno dismórfico corporal, 273 Suspicacia y trastorno de personalidad paranoide, 738, 739 **Susto**, 878–879 Suvorexant, 472 Suecia, prevalencia del tipo de fase de sueño retrasada del trastorno de sueño-vigilia del ritmo circadiano en, 444 trastorno del desarrollo de la coordinación en, 87 trastorno exhibicionista en, 784 trastorno del juego en, 664 trastorno psicótico debido a otra afección médica en, 132 comportamiento suicida en pacientes con TOC , 269 trastornos de tics en, 96 trastorno travestí en, 799 trastorno voyeurista en, 781

Suiza, prevalencia del síndrome de psicosis atenuada en, 905 eyaculación precoz en, 503 trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos en, 462 Síncope y trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 361 corea de Sydenham, 96, 292 Obsesiones de simetría, 264, 266 Síncope y narcolepsia, 428 ; Cannabinoides sintéticos, 577, 583 Opiáceos sintéticos, 610 Amnesia sistematizada, 338 ; Racismo sistemático, 17–18

Taquipnea y síndrome neuroléptico maligno, 810 **Taijin kyofusho**, 233, 274, 879 Taiwán, prevalencia del trastorno de conducta en, 535– 536 trastorno del desarrollo de la coordinación en, 87 Trastorno de juegos de Internet en, 916 Trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos en, 462 Trastorno de ansiedad por separación en, 220 Miocardiopatía de Takotsubo, 365 Acatisia tardía, 816

Discinesia tardía, [92](#), 814–816 Distonía
tardía, [816](#) Preferencias de destino y
trastornos parafílicos, [779](#) Factores temperamentales.
Véase Rasgos de personalidad Arrebatos de cólera y
trastorno negativista desafiante, [523](#) Epilepsia del lóbulo temporal
y trastorno psicótico debido a otra afección médica, [132](#) Patrones temporales. **Véase también**
Duración; Tiempo de trastorno psicótico debido a otra afección médica, [132](#) de trastorno esquizoafectivo,
[124](#) Terminología, uso de en DSM-5-TR, [xxi](#), 25–26 Testosterona y trastorno de deseo sexual
hipoactivo masculino, [500](#) THC. **Ver** Delta-9-tetrahidrocannabinol Temas, de obsesiones y
compulsiones, [264](#), [266](#) Déficit de la teoría de la mente y trastorno del espectro autista, [62](#) Eficacia
terapéutica y conceptos culturales de angustia, [872](#) “Pensar demasiado”, como concepto cultural de
angustia, [876](#) Pensamientos y pensar. **Véase también** Pensamiento desorganizado; pensamiento
mágico; Pensamientos suicidas o

comportamiento

delirios y, [101](#)
ludopatía y, [662](#) aflicción y, [142](#),
[152](#), [184](#) trastorno depresivo
mayor y, [186](#) obsesivo-compulsivo y
trastornos relacionados y, [264](#), [266](#) Trastornos tiroideos y disfunciones
sexuales, [493](#), [501](#), [503](#), [504](#). **Véase también** Hipertiroidismo;
Hipotiroidismo
Trastornos de tics. **Ver también** el trastorno de Tourette
características de, [37](#)
comorbilidad y, [97](#)–[98](#), [271](#)
problemas diagnósticos relacionados con
la cultura, [96](#) desarrollo y curso de, [95](#)
criterios diagnósticos para, [93](#) características
diagnósticas de, [93](#)–[95](#) diagnóstico
diferencial de, [91](#)–[92](#), [97](#), [270](#) consecuencias
funcionales de, [96](#)–[97](#) TOC y, [266](#) prevalencia
de, [95](#) factores de riesgo y pronóstico, [95](#)–[96](#)
problemas de diagnóstico relacionados con el
sexo y el género, [96](#) especificador relacionado
con tics para TOC y, [264](#) Tiempo. **Véase también**
Patrones temporales atracones y, [393](#) consumidos
por obsesiones y compulsiones, [267](#) retraso en la fase del
sueño tipo de trastorno del ritmo circadiano del sueño-
vigilia y, [444](#)

intensidad máxima de los ataques de pánico y, 242–243

Tabaco. **Ver también** Trastorno por consumo de tabaco

TDAH y, 71 trastorno

de pánico y ataques de pánico, 239, 244 esquizofrenia

y, 121 disfunción sexual inducida por sustancias/

medicamentos y, 508 trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos

y, 472

Trastornos mentales inducidos por el tabaco, 651

Trastornos relacionados con el tabaco. **Véase** Trastornos mentales inducidos por el tabaco; trastorno por consumo de tabaco; Tabaco retiro; Trastorno no especificado relacionado con el tabaco

Trastorno por consumo de tabaco. **Ver también** Tabaco

trastorno por consumo de cafeína y,

912 trastorno por consumo de cannabis

y, 582 comorbilidad y, 649 cuestiones

diagnósticas relacionadas con la cultura, 648

desarrollo y curso de, 647–648 diagnóstico y

características asociadas de, 646–647 criterios diagnósticos

para, 645–646 marcadores diagnósticos para, 648

consecuencias funcionales de, 649 ludopatía y, 665 prevalencia

de, 647 factores de riesgo y pronóstico, 648 problemas de

diagnóstico relacionados con el sexo y el género, 648

especificadores de, 646 pensamientos o conductas suicidas,

649

Abstinencia del tabaco, 649–651

Tolerancia

cafeína y, 570 consumo

de inhalantes y, 603

trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 622, 623

trastornos por consumo de sustancias, 546, 547 consumo de tabaco y, 647

Trastorno de Tourette, 37, 53, 93–98, 286

Toxinas

trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos y, 257

trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y, 129, 134

Curanderos tradicionales y factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas, 366. **Véase también** Prácticas curativas alternativas .

Patología relacionada con la proteína de unión al ADN 43 (TDP-43) de la respuesta transactiva (TAR), 702 personas

transgénero. **Véase también** Género; Lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT)

experiencias

individuales de disfunción sexual y, 478 pensamientos o

comportamientos suicidas, 518, 519, 922 uso del término,

511

Transexual, uso del término, 511–512

Trastorno travesti, 779, 798–800

Travestismo, 517, 519

Trauma y eventos traumáticos. **Véase también** Experiencias infantiles adversas; Trastorno de estrés postraumático
trastornos disociativos y, 329, 340 trastorno de
síntomas neurológicos funcionales y, 362 pesadillas y, 458 fobia
específica y, 226

Traumatismo craneoencefálico (LCT). **Véase también** traumatismo craneoencefálico; Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática; Amnesia postraumática debido a lesión cerebral trastorno de estrés agudo y, 316, 319 trastorno bipolar y relacionado debido a otra condición de medicación y, 167 clasificación de gravedad, 708 definición de, 707 trastorno depresivo debido a otra condición médica y, 207 diagnóstico diferencial y, 313, 347 trastorno de hipersomnolencia y, 419 trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer y, 693 trastornos relacionados con traumas y factores estresantes, 229, 295. **Ver también** trastorno de estrés agudo; Ajustamiento

trastornos; Trastorno de compromiso social desinhibido; Trastorno de estrés postraumático; trastorno de duelo prolongado; Trastorno de apego reactivo Síndrome de Treacher Collins, 432 Apnea central del sueño emergente del tratamiento, 436 Temblor y parkinsonismo inducido por medicamentos, 808, 809. **Ver también** Postura inducida por medicamentos

temblor

Prueba de arrastre de temblores y trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 361 Tricobezoares, 283 Tricotilomanía, 264, 270, 271, 276, 281–284, 373, 926 Antidepresivos tricíclicos, 507, 818 **Trúng gió, 239, 244** Confianza y esquema para la formulación cultural, 862. **Véase** Desconfianza; Desconfianza Tuberculosis, 613–614 Complejo de esclerosis tuberosa y trastorno del espectro autista, 59 Turquía, prevalencia de trastornos de adaptación en, 321 trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en, 179 trastornos de eliminación en, 400, 404 trastorno de síntomas neurológicos funcionales en, 363 eyaculación precoz en, 503

síndrome de delección 22q, 51, 71

1049

Subdiagnóstico. **Ver también** Diagnóstico erróneo; Sobrediagnóstico de trastorno de personalidad antisocial, 751 de trastorno del espectro autista, 63 de trastorno depresivo mayor, 185 Trastorno somatomorfo indiferenciado, 353 Desempleo. **Véase también** Discapacidad laboral

trastorno bipolar II y, 157 trastorno de pánico y, 240 trastorno de ansiedad social y, 233 "Bajo rendimiento académico inesperado" y trastorno específico del aprendizaje, 79–80 Reino Unido, prevalencia del trastorno de estrés agudo en, 316 trastorno de despersonalización/desrealización en, 344 trastorno del desarrollo de la coordinación en, 87 trastorno de compromiso social desinhibido en, 299, 300 trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos en, 454 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado, 568 Trastorno de ansiedad no especificado, 261 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado, 76 Trastorno bipolar y relacionado no especificado, 169 Trastorno relacionado con la cafeína no especificado, 574 Trastorno no especificado relacionado con el cannabis, 586 Catatonía no especificada, 137 Trastorno de comunicación no especificado, 56 delirio no especificado, 678 Trastorno depresivo no especificado, 210 Trastorno no especificado, uso de como opción diagnóstica, 21, 22–23 Trastorno perturbador, del control de los impulsos y de la conducta no especificado, 541 Trastorno dissociativo no especificado, 348 Trastorno de eliminación no especificado, 405 Alimentación o trastorno alimentario no especificado, 397 Disforia de género no especificada, 520 Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos, 601 Trastorno de hipersomnolencia no especificado, 476 Trastorno no especificado relacionado con inhalantes, 608 Trastorno de insomnio no especificado, 416, 475 Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (discapacidad intelectual), 46 Trastorno mental no especificado debido a otra condición médica, 803, 804, 805 Trastorno del estado de ánimo no especificado, 169, 210 Trastorno neurocognitivo no especificado, 683, 732 Trastorno del neurodesarrollo no especificado, 99 Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado y relacionado, 293, 294 Trastorno no especificado relacionado con opioides, 619 Trastorno relacionado con otra sustancia no especificada (o desconocida), 660–661 Trastorno parafílico no especificado, 801 Trastorno de personalidad no especificado, 733–734, 778 Trastorno no especificado relacionado con fenciclidina, 600 Espectro esquizofrénico no especificado y otro trastorno psicótico, 138 Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 632 Disfunción sexual no especificada, 509 Trastorno del sueño-vigilia no especificado, 476 Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado, 370 Trastorno no especificado relacionado con estimulantes, 644 Trastorno de tics no especificado, 93, 98

Trastorno no especificado relacionado con el tabaco, 651
Trastorno no especificado relacionado con traumas y factores estresantes, 328
Incontinencia urinaria, 399, 400, 493

Vaginismo y dolor genitopélvico/trastorno de penetración, 494–495 Vapeo y trastorno por consumo de cannabis, 577 **Vata**, 876 Venlafaxina, 818 Dispraxia verbal, 50 Veteranos.
Véase también Trastorno por consumo de cannabis en despliegue militar y, 580 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática en, 711 Trastorno por consumo de opioides en, 612, 613 Prevalencia de TEPT en, 308

Administración de Salud de Veteranos (VHA), 580, 613, 649 Victimización y disforia de género, 519 Monitoreo por video, del trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos, 463 Vietnam, trastorno de pánico en, 239, 244 Violencia. **Véase también** Comportamiento delictivo; Violencia doméstica trastornos relacionados con el alcohol y, 560, 562 trastorno de conducta y, 533, 534 contenido de obsesiones y compulsiones, 268 trastorno neuroconductual asociado con exposición prenatal al alcohol y, 920 trastorno por consumo de opiáceos y, 612 trastorno por consumo de fenciclidina y, 589 trastorno por duelo prolongado y, 326 TEPT y, 305, 311 sonambulismo y, 454 trastorno por consumo de estimulantes y, 635

Escalas analógicas visuales para los síntomas del estado de ánimo premenstrual, 199 Alteraciones del procesamiento visual y trastorno dismórfico corporal, 273 Síntomas visuales.

Ver también Alucinaciones de trastorno de despersonalización/desrealización, 34 de trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 362 trastorno de percepción persistente por alucinógenos y, 598–599 Deficiencias vitamínicas y pica, 372

1050

Vocabulario y trastorno del lenguaje, 47–48 Tics vocales, 94 Servicios de rehabilitación vocacional y trastorno del espectro autista, 64 Hidrocarburos volátiles, 602, 604 Vómitos y bulimia nerviosa, 389, 391 Trastorno voyeurista, 779, 780–783, 788 Vulnerabilidad, rasgos culturales de, 861 Vulvodinia y dolor genitopélvico/trastorno de penetración, 495

Atrofia vulvovaginal y trastorno orgásmico femenino, [487](#)

Deambulación, asociada a trastorno mental, [834](#) Aumento o pérdida de peso. **Véase también** Índice de masa corporal; Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos por obesidad y, [376](#) trastorno dismórfico corporal y, [275](#) afecciones médicas y, [386](#) abstinencia del tabaco y, [650](#) síndrome de Wernicke-Korsakoff, [556](#) encefalopatía de Wernicke, [714](#) WHODAS (Programa de evaluación de la discapacidad de la OMS), [16, 842, 854, 856–857](#) Clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud de la OMS, [842](#) Clasificación de tarjetas de Wisconsin, [714](#) Abstinencia y trastornos por uso de sustancias, [546–547, 548](#). **Véase también** Abstinencia de sustancias; **específico**

sustancias

Eventos presenciados y trauma, [305](#)
Ensalada de palabras, [102](#) Asamblea Mundial de la Salud (2019), [13](#)
Organización Mundial de la Salud (OMS), 6, [11, 13, 382](#). **Véase también Clasificación Internacional de Enfermedades; QUIÉN ES**
Encuestas Mundiales de Salud Mental, [237, 308](#)
Asociación Mundial de Psiquiatría, [6](#)

Preocupación trastorno de ansiedad generalizada y, [251, 253](#) ataques de pánico y, [237](#) trastorno de síntomas somáticos y, [352](#)
Síndrome de peor sequía, [51](#)

códigos Z, [16, 28, 821](#)
y disfunciones sexuales, [478](#)
Zimbabwe y los conceptos culturales de angustia, [876](#) ;
Zolpidem, [472](#)