

# Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

- En el principal diagnóstico en esta categoría, el trastorno de síntomas somáticos, resalta la realización del diagnóstico basándose en los síntomas positivos y los signos (síntomas somáticos angustiantes y pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas), más que en la ausencia de una explicación médica para los síntomas somáticos.



- Una característica distintiva de muchas personas con trastorno de síntomas somáticos no son los síntomas somáticos en sí mismos, 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 una reflexión más amplia y precisa del verdadero cuadro clínico que se podría obtener al evaluar no sólo las quejas somáticas.

- Todos estos trastornos se caracterizan por una atención importante a las preocupaciones somáticas y a su presentación inicial, principalmente en los centros médicos en lugar de en los centros de salud mental. El trastorno de síntomas somáticos ofrece un método con mayor utilidad clínica para clasificar a los individuos que en el pasado se podrían haber diagnosticado de trastorno de somatización.

- Todos estos trastornos se caracterizan por una atención importante a las preocupaciones somáticas y a su presentación inicial, principalmente en los centros médicos en lugar de en los centros de salud mental.
- El trastorno de síntomas somáticos ofrece un método con mayor utilidad clínica para clasificar a los individuos que en el pasado se podrían haber diagnosticado de trastorno de somatización.

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
  - 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
  - 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
  - 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- **Especificar si:**
- **Con predominio de dolor** (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.
- ***Especificar si:***
- **Persistente:** Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).
- ***Especificar la gravedad actual:***
- **Leve:** Sólo 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.
- **Grave:** Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso)

# Trastorno de ansiedad por enfermedad

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
- B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
- C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.
- D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.
- F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.
- *Especificar si:*
- **Tipo con solicitud de asistencia:** Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.
- **Tipo con evitación de asistencia:** Raramente se utiliza la asistencia médica.

# Características diagnósticas

- La mayoría de las personas con hipocondría ahora son clasificadas como un trastorno de síntomas somáticos; sin embargo, en una minoría de los casos será más apropiado utilizar en su lugar 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). No aparecen síntomas somáticos o, si lo hacen, sólo son de intensidad leve (Criterio B).

- Los individuos con este trastorno a menudo se autoexaminan varias veces (p. ej., la autoexploración de la garganta en el espejo) (Criterio D). Investigan en exceso sobre su sospecha de enfermedad (p. ej., en Internet) y en varias ocasiones buscan el consuelo de la familia, los amigos o los médicos.
- Esta preocupación incesante a menudo se vuelve frustrante para los demás y puede dar lugar a una considerable tensión dentro de la familia. En algunos casos, la ansiedad conduce a la evitación desadaptativa de situaciones (p. ej., visitar a los miembros enfermos de la familia) o de actividades (p. ej., el ejercicio), ya que estas personas temen que puedan poner en peligro su salud.

## Prevalencia

- Las estimaciones de prevalencia del trastorno de la ansiedad por enfermedad se basan en las estimaciones del diagnóstico de hipocondría del DSM-III y del DSM-IV.
- La prevalencia a 1 a 2 años de la ansiedad por la salud y /o convicción de una enfermedad, en las encuestas comunitarias y en las muestras poblacionales, oscila entre el 1,3 y el 10 %.
- En las poblaciones médicas ambulatorias, las tasas de prevalencia de los 6 meses a 1 año son del 3 al 8 %.
- La prevalencia de la enfermedad es similar entre los varones y las mujeres.

# Factores de riesgo y pronóstico

- **Ambientales.** El trastorno de ansiedad por enfermedad a veces puede estar precipitado por un estrés vital importante o por una amenaza seria pero, en última instancia, benigna para la salud del individuo.
- Los antecedentes de abuso en la infancia o de una enfermedad grave en la niñez pueden predisponer a desarrollar la enfermedad en la edad adulta.
- Modificadores del curso. Aproximadamente, entre un tercio y la mitad de los individuos con trastorno de ansiedad por enfermedad presenta una forma transitoria, que se asocia con menos comorbilidad psiquiátrica y con más comorbilidad médica, y un trastorno de ansiedad por enfermedad menos grave.

# TRASTORNO DE CONVERSIÓN

## **Criterios diagnósticos**

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- *Especificar si:*
- **Episodio agudo:** Síntomas presentes durante menos de seis meses. **Persistente:** Síntomas durante seis meses o más.
- *Especificar si:*
- **Con factor de estrés psicológico** (especificar el factor de estrés) **Sin factor de estrés psicológico.**

## Características diagnósticas

- Los síntomas motores son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, alteraciones de la marcha y la postura anormal de los miembros.
- Los síntomas sensoriales son la alteración, la reducción o la ausencia de sensibilidad de la piel, la vista o el oído.
- Los episodios de sacudidas anormales generalizadas que afectan a una extremidad, con una alteración aparente o una pérdida de la conciencia, pueden parecer a las crisis epilépticas (también llamadas *crisis psicógenas* o *no epilépticas*).
- Puede haber episodios de falta de respuesta que se asemejan al síncope o al coma.
- Otros síntomas son la reducción o la ausencia del volumen de la voz (disfonía /afonía), la articulación alterada (disartria), la sensación de un nudo en la garganta (globo) y la diplopía.

- Aunque el diagnóstico requiere que el síntoma no se pueda explicar por una enfermedad neurológica, éste no se debería realizar simplemente porque los resultados de las pruebas sean normales o porque el síntoma sea "extraño".
- Debe haber datos clínicos que muestren una evidencia clara de su incompatibilidad con una enfermedad neurológica. La incongruencia interna del examen es una manera de demostrar la incompatibilidad (p. ej., la demostración de que los signos físicos provocados con un método de examen dejan de ser positivos cuando se analizan de una manera diferente).

## Los ejemplos de tales hallazgos del examen son:

- El signo de Hoover: en él existe debilidad en la extensión de la cadera y se recupera la fuerza normal tras la flexión contra resistencia de la cadera contralateral.
- Debilidad marcada de la flexión plantar tobillo, en un individuo que es capaz de caminar de puntillas, cuando ésta se comprueba en la cama.
- Resultados positivos en la prueba de sincronización del temblor. En esta prueba, un temblor unilateral se puede identificar como funcional si el temblor cambia cuando se distrae al individuo. Esto se puede observar si se le pide a la persona que copie con su mano no afectada un movimiento rítmico del examinador y esto hace que el temblor funcional cambie, de manera que copia o "se sincroniza" con el ritmo de la mano no afectada, o se suprime el temblor funcional, o ya no hace un simple movimiento rítmico.

- En los ataques parecidos a la epilepsia o síncope (ataques no epilépticos "psicógenos") se encuentra al individuo con los ojos cerrados y ofreciendo resistencia a la apertura o se obtiene un electroencefalograma simultáneo normal (aunque esto por sí solo no excluye todas las formas de epilepsia o síncope).
- Para los síntomas visuales, cuando existe un campo visual tubular (es decir, visión en túnel).
- Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de trastorno de conversión debe basarse en un cuadro clínico general y no en un único hallazgo clínico.

# Prevalencia

- Los síntomas de conversión transitorios son frecuentes, pero la prevalencia exacta del trastorno es desconocida.
- Esto es en parte debido a que el diagnóstico, requiere la evaluación en un nivel especializado de atención, donde aproximadamente el 5 % de las derivaciones a las clínicas de neurología corresponden a este trastorno.
- La incidencia de síntomas de conversión individuales persistentes se estima en 2-5/100.000 por año.

# Desarrollo y curso

- Se ha documentado su inicio durante toda la vida. El inicio de los ataques no epilépticos alcanza su máximo en la tercera década, y los síntomas motores tienen su máxima frecuencia de aparición en la cuarta década.
- Los síntomas pueden ser transitorios o persistentes.
- El pronóstico puede ser mejor en los niños más pequeños que en los adolescentes y los adultos.

# Factores de riesgo

- **Temperamentales.** Frecuentemente se asocian rasgos de personalidad desadaptativos con el trastorno de conversión.
- **Ambientales.** Puede haber antecedentes de abuso y negligencia en la infancia. A menudo, aunque no siempre, existen eventos estresantes vitales.
- **Genéticos y fisiológicos.** La presencia de una enfermedad neurológica que cause síntomas similares constituye un factor de riesgo (p. ej., las convulsiones no epilépticas son más frecuentes en los pacientes que también tienen epilepsia).

# Pronóstico

- Modificadores del curso. La corta duración de los síntomas y la aceptación del diagnóstico son factores pronósticos positivos.
- Los rasgos de personalidad desadaptativos, la presencia de comorbilidad física y la recepción de beneficios por la incapacidad pueden ser factores pronósticos negativos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura	Aspectos diagnósticos relacionados con el género
<p>Las transformaciones que se asemejan a síntomas conversivos (y disociativos) son comunes en determinados rituales aceptados culturalmente. Cuando los síntomas se pueden explicar completamente en un contexto cultural particular y no dan lugar a angustia o a una discapacidad clínicamente significativa, entonces no se realiza el diagnóstico de trastorno de conversión.</p>	<p>El trastorno de conversión es de dos a tres veces más frecuente en las mujeres. Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)</p>

# Consecuencias funcionales del trastorno de conversión

- Los individuos con síntomas de trastorno de conversión presentan un deterioro significativo.
- La gravedad de este deterioro es similar a la que sufren las personas con enfermedades médicas similares.

## Diagnóstico diferencial

- Si otro trastorno mental puede explicar mejor los síntomas, se debe realizar ese diagnóstico.
- El diagnóstico de trastorno de conversión se puede hacer en la presencia de otro trastorno mental.

## Enfermedades neurológicas.

El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad neurológica que podría explicar mejor los síntomas. Después de una evaluación neurológica completa, rara vez se encuentra en el seguimiento una enfermedad neurológica inesperada como causa de los síntomas. Sin embargo, podría ser necesaria una reevaluación si los síntomas parecen ser progresivos. El trastorno de conversión puede coexistir con la enfermedad neurológica.

## Trastorno de síntomas somáticos.

Se puede diagnosticar un trastorno de conversión además de un trastorno de síntomas somáticos. No se ha podido demostrar que la mayoría de los síntomas somáticos, que aparecen en el trastorno de síntomas somáticos, sean claramente incompatibles con la fisiopatología (p. ej., el dolor, la fatiga), mientras que en el trastorno de conversión se requiere tal incompatibilidad para el diagnóstico. Los pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos, que caracterizan al trastorno de síntomas somáticos, a menudo están ausentes en el trastorno de conversión.

## Trastorno facticio y simulación.

El diagnóstico de trastorno de conversión no requiere evaluar que los síntomas no se producen intencionadamente (p. ej., los no fingidos), ya que la evaluación de la intención consciente es poco fiable. Sin embargo, la evidencia cierta de simulación (p. ej., una clara evidencia de que la pérdida de la función aparece durante el examen clínico, pero no en casa) podría sugerir un diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo aparente de la persona es asumir el papel de enfermo o hacerse el enfermo, y si el objetivo es la obtención de algún tipo de incentivo, como el dinero.

## Trastornos disociativos.

Los síntomas disociativos son comunes en las personas con trastorno de conversión. Si aparecen tanto el trastorno de conversión como el trastorno disociativo, se deberían establecer ambos diagnósticos.

## Trastorno dismórfico corporal.

Los individuos con trastorno dismórfico corporal están excesivamente preocupados por un defecto percibido en sus características físicas, pero no se quejan de síntomas sobre el funcionamiento sensorial o motor de la parte del cuerpo afectada.

## Trastornos depresivos.

En los trastornos depresivos, los individuos pueden informar de pesadez general en sus miembros, mientras que la debilidad del trastorno de conversión es más focal y evidente. Los trastornos depresivos también se diferencian por la presencia de síntomas depresivos nucleares.

## Trastorno de pánico.

Los síntomas neurológicos episódicos (p. ej., los temblores y las parestesias) pueden aparecer tanto en el trastorno de conversión como en los ataques de pánico. En los ataques de pánico, los síntomas neurológicos suelen ser transitorios y suceden de una forma aguda episódica, con síntomas característicos cardiorrespiratorios. La pérdida de conciencia con amnesia para el ataque y los movimientos violentos de los miembros pueden aparecer en los ataques no epilépticos, pero no en los ataques de pánico.

# Comorbilidad

- Los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico y los trastornos depresivos, habitualmente aparecen de forma conjunta con el trastorno de conversión.
- El trastorno de síntomas somáticos también puede concurrir. Los trastornos psicóticos, los trastornos por uso de sustancias y el abuso del alcohol son infrecuentes.
- Los trastornos de personalidad son más frecuentes en los individuos con trastorno de conversión que en la población general.
- Los trastornos neurológicos u otras afecciones médicas también coexisten habitualmente con el trastorno de conversión.

# TRASTORNO FACTICIO

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- **Trastorno facticio aplicado a uno mismo**
- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.
- B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.
- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.
- *Especificar:*
- **Episodio único**
- **Episodios recurrentes** (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

- **Procedimientos de registro**
- Cuando un individuo falsifica una enfermedad en otro individuo (p. ej., niños, adultos, animales de compañía), el diagnóstico es de trastorno facticio aplicado a otro. El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima. A la víctima se le puede hacer un diagnóstico de maltrato

# La característica esencial del trastorno facticio

- Es la simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado. Los individuos con trastorno facticio también pueden buscar tratamiento para sí mismos o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad.
- El diagnóstico requiere la demostración de que el individuo está cometiendo acciones subrepticias para tergiversar, simular o causar signos o síntomas de enfermedad o de lesión en ausencia de recompensas externas obvias.

- Los métodos para falsificar la enfermedad pueden ser la exageración, la fabricación, la simulación y la inducción.
- Aunque puede existir una afección médica preexistente, aparece un comportamiento engañoso o la inducción de lesiones asociadas con la simulación con la finalidad de que los demás les consideren (a ellos mismos o a otros) más enfermos o con mayor discapacidad, y esto puede dar lugar a una intervención clínica excesiva.

- Los individuos con trastorno facticio podrían, por ejemplo, referir sentimientos de depresión y tendencias suicidas tras la muerte de un cónyuge a pesar de que no es verdad que haya muerto nadie o de que la persona no tiene un cónyuge, informar engañosamente de episodios de síntomas neurológicos (p. ej., convulsiones, mareos o perder el conocimiento), manipular una prueba de laboratorio (p. ej., mediante la adición de sangre a la orina) para demostrar falsamente una anormalidad, falsificar los 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 inducirse enfermedades a sí mismos o a otro (p. ej., mediante la inyección de materia fecal para producir un absceso o una sepsis)

- **Desarrollo y curso**

- El curso del trastorno facticio suele ser en forma de episodios intermitentes. Los episodios únicos y los que se caracterizan por ser persistentes y sin remisiones son menos frecuentes.
- El inicio se produce generalmente en la edad adulta temprana, a menudo después de una hospitalización por un problema médico o un trastorno mental.

- Cuando se impone sobre otro, el trastorno puede comenzar después de la hospitalización del propio hijo o de alguien a su cargo.
- En los individuos con episodios recurrentes de falsificación de signos y síntomas de enfermedad y/o de inducción de lesión, este patrón de contactos engañosos sucesivos con el personal médico, incluyendo las hospitalizaciones, puede llegar a permanecer durante toda la vida.

<p><b>TRASTORNOS DE SINTOMAS SOMATICOS</b></p>	<p>En el trastorno de síntomas somáticos puede haber una atención excesiva y búsqueda de tratamiento para los problemas médicos percibidos, pero no hay ninguna evidencia de que la persona está proporcionando información falsa o engañosa con su conducta.</p>
<p><b>SIMULACIÓN DE ENFERMEDAD</b></p>	<p>La simulación se diferencia del trastorno facticio por el carácter intencional de los síntomas para obtener beneficios personales (p. ej., el dinero, el tiempo fuera del trabajo). En contraste, el diagnóstico de trastorno facticio requiere la ausencia de recompensas obvias.</p>
<p><b>TRASTORNO DE CONVERSIÓN (TRASTORNO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES)</b></p>	<p>Se caracteriza por síntomas neurológicos que son incompatibles con la fisiopatología neurológica. El trastorno facticio con síntomas neurológicos se distingue del trastorno de conversión en la evidencia de la falsificación engañosa de los síntomas.</p>
<p><b>TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD</b></p>	<p>La autoagresión física deliberada en ausencia de intención de suicidio también puede aparecer en asociación con otros trastornos mentales, como el trastorno límite de la personalidad. El trastorno facticio requiere que la inducción de las lesiones se produzca en asociación con el engaño.</p>
<p><b>ENFERMEDAD MÉDICA O TRASTORNO MENTAL QUE NO SE ASOCIA CON LA FALSIFICACIÓN INTENCIONAL DE SÍNTOMAS.</b></p>	<p>La presencia de signos y síntomas de enfermedad que no se ajustan a la identificación de una afección médica o trastorno mental aumenta la probabilidad de que exista un trastorno facticio. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno facticio no excluye la presencia de una verdadera afección médica o de un trastorno mental, puesto que a menudo aparece en el individuo una enfermedad comórbida junto con el trastorno facticio. Por ejemplo, las personas pueden manipular sus niveles de azúcar en la sangre para producir síntomas y también pueden tener diabetes.</p>

# TRASTORNO DISOCIATIVO

- Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento.
- Los síntomas disociativos pueden alterar posiblemente todas las áreas de funcionamiento psicológico.

- Los síntomas disociativos son experimentados como:
- a) Intrusiones espontáneas en la conciencia y el comportamiento, que se acompañan de una pérdida de continuidad de la experiencia subjetiva (esto es, los síntomas disociativos "positivos", como la fragmentación de la identidad, la despersonalización y la desrealización) y/o
- b) La incapacidad de acceder a la información o de controlar las funciones mentales que normalmente son fácilmente accesibles o controlables (p. ej., los síntomas disociativos "negativos", como la amnesia).

- Los trastornos disociativos aparecen con frecuencia como consecuencia de traumas, y muchos de los síntomas, como la turbación y la confusión acerca de los síntomas o el deseo de ocultarlos, se ven influidos por la proximidad al trauma.

- En el DSM- 5, los trastornos disociativos se sitúan a continuación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, pero no como parte de ellos, lo que refleja la estrecha relación entre estas clases de diagnóstico.
- Tanto el trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático presentan síntomas disociativos, como la amnesia, *flashbacks*, entumecimiento y despersonalización/desrealización.

## El trastorno de despersonalización/desrealización

se caracteriza por una despersonalización clínicamente importante, persistente o recurrente (p. ej., las experiencias de irrealidad o de separación de la mente de uno, del yo o del cuerpo) y/o una desrealización (p. ej., las experiencias de irrealidad o separación del entorno). Estas alteraciones en la experiencia están acompañadas de un juicio de realidad intacto. No hay evidencia de que exista ninguna diferencia entre las personas en las que predominan los síntomas de despersonalización frente a las personas en las que predominan los de desrealización. Por lo tanto, las personas con este trastorno pueden tener despersonalización, desrealización, o ambos.

## La amnesia disociativa

Esta amnesia puede ser localizada (p. ej., de un evento o período de tiempo), selectiva (p. ej., de un aspecto específico de un evento) o generalizada (p. ej., de la identidad y de la historia vital).

La amnesia disociativa es fundamentalmente una incapacidad para recordar información autobiográfica que es incompatible con los olvidos normales. Puede implicar o no recorridos con un propósito o vagar desorientado (es decir, una fuga).

# Trastorno de identidad disociativo

- A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de la entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.
- B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.

- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.
- **Nota:** En los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

## Características diagnósticas

- El trastorno puede ser identificado por dos grupos de síntomas: 1) las alteraciones repentinas o la discontinuidad sobre el sentido del yo y el sentido de la entidad (Criterio A), y 2) las amnesias disociativas recurrentes (Criterio B).
- Los síntomas del Criterio A están relacionados con las interrupciones en la experiencia que pueden afectar a cualquiera de los aspectos del funcionamiento de un individuo.
- Los individuos con trastorno de identidad disociativo pueden referir la sensación de que, se han convertido en observadores despersonalizados de su "propio" discurso y acciones, y que pueden sentirse impotentes para detenerlos (sentido del yo). Tales individuos también pueden informar sobre la percepción de voces (p. ej., la voz de un niño, el llanto, la voz de un ser espiritual).

- La amnesia disociativa de las personas con trastorno de identidad disociativo se manifiesta de tres formas principales:
- 1) como lagunas en la memoria remota de los acontecimientos vitales personales (p. ej., períodos de la niñez o de la adolescencia, algunos eventos importantes de la vida, como la muerte de un abuelo, casarse, dar a luz),
- 2) como lapsos de memoria reciente (p. ej., de lo que sucedió hoy, de habilidades tales como la forma de trabajar, usar un ordenador, leer, conducir),
- y 3) el descubrimiento de una evidencia de sus acciones diarias y de las tareas que no recuerdan haber realizado (p. ej., la búsqueda de objetos inexplicables en sus bolsas de la compra o entre sus posesiones, encontrar escritos o dibujos desconcertantes que parecen haber realizado, descubrir lesiones, "regresar" justo en el momento de la realización de una acción).

- Las fugas disociativas, en las que la persona experimenta viajes disociativos, son frecuentes. Por lo tanto, las personas con trastorno de identidad disociativo pueden comunicar que, de repente, se han encontrado en la playa, en el trabajo, en un club nocturno o en algún lugar del hogar (p. ej., en el armario, en una cama o un sofá, en una esquina), sin acordarse de cómo llegaron hasta allí. La amnesia en los individuos con trastorno de identidad disociativo no se limita a los acontecimientos estresantes o traumáticos, sino que estas personas a menudo tampoco pueden recordar los acontecimientos diarios.

- Los individuos con trastorno de identidad disociativo varían en su conciencia y actitud hacia sus amnesias. Es frecuente en estos individuos que minimicen sus síntomas amnésicos. Algunos de sus comportamientos amnésicos pueden ser evidentes para los demás, como cuando estas personas no recuerdan algo que los demás habían presenciado que había hecho o dicho, cuando no pueden recordar su propio nombre, o cuando no reconocen a su cónyuge, a sus hijos o a los amigos cercanos.

# Características asociadas que apoyan el diagnóstico

- Los individuos con trastorno de identidad disociativo típicamente presentan comorbilidad con:
- La depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, las autolesiones, las convulsiones no epilépticas u otros síntomas comunes.
- Muchas personas con trastorno de identidad disociativo informan *de flashbacks* disociativos durante los cuales reviven sensorialmente un evento anterior como si estuviera ocurriendo en el presente, a menudo con un cambio de identidad, una desorientación o pérdida parcial o total de contacto con la realidad momentánea durante el *flashback* y una amnesia retrospectiva posterior del contenido de *dicho flashback*.



# Prevalencia

- La prevalencia (12 meses) del trastorno de identidad disociativo entre los adultos de Estados Unidos en un pequeño estudio comunitario es del 1,5 %. La prevalencia por género en ese estudio fue del 1,6 % para los varones y del 1,4 % para las mujeres.

# Amnesia disociativa

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- **A.** Incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.
- **Nota:** La amnesia disociativa consiste la mayoría de veces en amnesia localizada o selectiva de un suceso o sucesos específicos, o amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.
- **B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo 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, un medicamento) u otra afección neurológica o médica (p. ej., epilepsia parcial compleja, amnesia general transitoria, secuelas de una contusión craneal/traumatismo cerebral, otra afección neurológica).
- **D.** La alteración 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 importante o leve.

# Características diagnósticas

- La característica definitoria de la amnesia disociativa es una incapacidad para recordar información importante autobiográfica que:
  - 1) Debe almacenarse con éxito en la memoria, y
  - 2) Normalmente sería recordada fácilmente (Criterio A). La amnesia disociativa se diferencia de las amnesias permanentes debido al daño neurobiológico o a la toxicidad que impiden el almacenamiento de memoria o la recuperación, ya que siempre es potencialmente reversible porque la memoria ha sido almacenada con éxito.
- La *amnesia localizada* es la incapacidad de recordar hechos durante un período restringido de tiempo, y constituye la forma más común de amnesia disociativa.

# Características asociadas que apoyan el diagnóstico

- Muchos individuos con amnesia disociativa sufren una dificultad crónica en su capacidad para formar y mantener relaciones satisfactorias.
- Las historias de trauma, de abuso de menores y la victimización son frecuentes. Algunos individuos con amnesia disociativa informan de *flashbacks* disociativos (p. ej., la reexperimentación de los eventos traumáticos).
- Muchos tienen antecedentes de automutilación, de intentos de suicidio y otros comportamientos de alto riesgo.
- Son frecuentes los síntomas depresivos y los síntomas neurológicos funcionales, como la despersonalización, los síntomas autohipnóticos y una elevada capacidad de sufrir hipnosis. Son frecuentes las disfunciones sexuales.
- Una lesión cerebral traumática leve podría preceder a la amnesia disociativa.

# Desarrollo y curso

- El comienzo de la amnesia generalizada suele ser repentino. Menos se sabe acerca de la aparición de las amnesias localizadas y selectivas debido a que estas amnesias rara vez son evidentes, incluso para el individuo. Aunque los acontecimientos abrumadores o intolerables habitualmente preceden a la amnesia localizada, su aparición puede retrasarse horas, días o más tiempo.

# Factores de riesgo y pronóstico

- **Ambientales.** Las experiencias traumáticas simples o reiteradas (p. ej., la guerra, el maltrato infantil, los desastres naturales, el internamiento en campos de concentración, el genocidio) son antecedentes frecuentes. La amnesia disociativa es más probable que ocurra con: 1) un mayor número de experiencias adversas en la infancia, particularmente el abuso físico y/o sexual, 2) la violencia interpersonal, y 3) el aumento de la gravedad, la frecuencia y la violencia del trauma.
- **Genéticos y fisiológicos.** No hay estudios genéticos de la amnesia disociativa. Los estudios de disociación revelan factores genéticos y ambientales significativos tanto en las muestras clínicas como en las no clínicas.

# Trastorno de despersonalización

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:
- **1. Despersonalización:** Experiencias de irrealidad, distanciamiento, o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo y embotamiento emocional y/o físico).
- **2. Desrealización:** Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).

- B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.
- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el 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 ambas. Los episodios de despersonalización se caracterizan por una sensación de irrealidad o extrañeza, o un distanciamiento de uno mismo en general, o de algunos aspectos del yo (Criterio A1).

- El individuo puede sentirse independiente de todo su ser (p. ej., "no soy nadie", "no tengo nada de mí"). Él o ella también puede sentirse subjetivamente separado de aspectos del yo, incluyendo los sentimientos (p. ej., baja emocionalidad: "sé que tengo sentimientos pero no puedo sentirlos"), los pensamientos (p. ej., "mis pensamientos no parecen míos", "tengo la cabeza llena de algodón"), partes del cuerpo o todo el cuerpo, o sensaciones (p. ej., el tacto, la propiocepción, el hambre, la sed, la libido). También puede haber una disminución en el sentido de la entidad (p. ej., sensación robótica, como de un autómatas, que carece de control para el propio habla o los movimientos).

# Factores de riesgo y pronóstico

- **Temperamentales.** Los individuos con trastorno de despersonalización/ desrealización se caracterizan por presentar un temperamento evitativo de daños, defensas inmaduras y tanto esquemas de desconexión como de sobreconexión. Las defensas inmaduras, como la idealización/devaluación, la proyección y el mal comportamiento, conllevan la negación de la realidad y una mala adaptación.
- **Ambientales.** Existe una clara asociación, en una parte sustancial de los individuos, entre la enfermedad y los traumas interpersonales en la infancia, aunque esta asociación no es tan frecuente o tan extrema, en la naturaleza de los traumas, como en otros trastornos disociativos, tales como el trastorno de identidad disociativo. En particular, el abuso emocional y la negligencia emocional son los que se han asociado más ampliamente y constantemente con el trastorno.

# Diagnóstico diferencial

- Trastorno de ansiedad por enfermedad. Aunque los individuos con trastorno de despersonalización/desrealización pueden presentar síntomas somáticos vagos, así como el temor a un 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 por la ausencia de otras manifestaciones del trastorno de ansiedad por enfermedad.