

UDS

LIBRO

Psicopatología I

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
6° CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la

carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO

El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES

Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Psicopatología I

Objetivo de la materia: Obtener los conocimientos básicos de la psicopatología, así como estructurar una base sólida que permitirá al alumno profundizar en el concepto de anormalidad psicológica y conocer los sistemas más utilizados de clasificación de los trastornos mentales.

INDICE

UNIDAD I Introducción a la Psicopatología.....9

1.1 Antecedentes de la Psicopatología.....9

1.2 Concepto de Psicopatología.....14

1.3 Conceptos básicos relacionados con la Psicopatología.....14

1.4 Modelos en Psicopatología.....16

1.5 Métodos de investigación en Psicopatología.....20

1.6 Clasificación y diagnóstico en Psicopatología.....22

1.7 Análisis de los fenómenos psicopatológicos.....23

1.8 Psicopatología de la atención.....26

1.9 Psicopatología de la percepción y la imaginación.....27

1.10 Psicopatología de la memoria.....29

1.11 Psicopatología del pensamiento.....32

1.12 Psicopatología del lenguaje.....36

UNIDAD II Trastornos depresivos y Trastorno bipolar y relacionados.....38

2.1 Trastorno bipolar I.....39

2.2 Trastorno bipolar I. Episodio maniaco, hipomaniaco y depresivo.....42

2.3 Trastorno bipolar II.....44

2.4 Trastorno bipolar II. Episodio hipomaniaco y depresivo.....45

2.5 Trastorno ciclotímico.....46

2.6 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....47

2.7 Trastorno de depresión mayor.....49

2.8 Episodio depresivo persistente (distimia).....52

2.9 Trastorno disfórico premenstrual.....53

2.10 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.....54

2.11 Trastorno depresivo debido a otra afección médica.....55

UNIDAD III Trastorno obsesivo compulsivo, relacionados con traumas y factores de estrés y disociativos.....57

3.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo.....61

3.2 Trastorno dismórfico corporal.....62

3.3 Trastorno de acumulación.....64

3.4 Tricotilomanía.....65

3.5 Trastorno de excoriación.....66

3.6 Trastorno obsesivo compulsivo y relacionados debido a otra afección médica.....66

3.7 Trastorno de apego reactivo.....68

3.8 Trastorno de relación social desinhibida.....69

3.9 Trastorno de estrés postraumático.....69

3.10 Trastorno de estrés agudo.....74

3.11 Trastorno de adaptación.....77

3.12 Trastorno de identidad disociativa.....78

3.13 Amnesia disociativa.....80

3.14 Trastorno de despersonalización.....81

3.15 Otros trastornos obsesivos compulsivos, relacionados con traumas y estrés y disociativos especificados y no especificados.....82

UNIDAD IV Trastornos de ansiedad y somáticos.....84

4.1 Trastorno de ansiedad por separación.....88

4.2 Mutismo selectivo.....90

4.3 Fobia específica y Trastorno de ansiedad social.....91

4.4 Trastorno de pánico y Agorafobia.....94

4.5 Trastorno de ansiedad generalizada.....99

4.6 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y medicamentos y Trastorno de ansiedad debido a afección médica.....100

4.7 Trastorno de síntomas somáticos.....102

4.8 Trastorno de ansiedad por enfermedad.....103

4.9 Trastorno de conversión.....104

4.10 Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.....105

4.11 Trastorno facticio.....106

UNIDAD I Introducción a la Psicopatología

1.1 Antecedentes de la Psicopatología

Para iniciar hablar de la historia de la psicopatología se hace necesario puntualizar que muchos de los conceptos y explicaciones dadas a las diferentes manifestaciones psicopatológicas de cada época están basadas en el momento histórico, la cultura, las áreas de estudio o puntos de vista, algunos de ellos como la filosofía, la medicina, la ciencia, la religión, lo social, la alquimia, el misticismo, entre otros; y que han contribuido a su desarrollo como los son la psicología y la psiquiatría.

El concepto de enfermo mental ha dado un giro al punto que hoy en día es más apropiado llamar trastornados a quienes antes eran considerados “poseídos, locos, alienados o enfermos”. El cambio de concepto se ha dado en función de las doctrinas epistemológicas y tendencias religiosas, sociales, culturales, filosóficas y científicas imperantes en ciertos momentos y contextos históricos que mencionaré a grosso modo a lo largo de este trabajo y en el siguiente orden:

*Demonología. De carácter religioso se sostiene que la conducta anormal se puede explicar mediante la operación de fuerzas sobrenaturales denominadas "DEMONIOS" o espíritus malignos. Donde la mejor terapia contra este mal era el Exorcismo aplicado por los representantes divinos en la tierra con técnicas como la magia y la oración.

En los primeros tiempos de la cultura griega, la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura. Dentro de esta tradición, la locura era el resultado de la posesión de los espíritus malignos personificados por dos diosas, Manía y Lisa, que eran enviadas por los dioses en estado de Cólera (Mora, citado por Belloch y otros, 2000)

*Antigua Grecia. Año 1550 A.C.- Los egipcios en sus templos, crearon un medio ambiente que estimulaba a los pacientes de forma creativa. El papiro de Ebers y el de Edward Smith reconocen por primera vez en la historia el cerebro como “localización de las funciones mentales” descubren el trastorno emocional.

En el año VIII AC. Los griegos fueron los primeros en separar el estudio de la mente con la religión. Atribuyen el origen de las enfermedades psíquicas a un origen natural. Buscaron la base de una ciencia real de la enfermedad, investigaron la conexión entre la causa y efecto e introdujeron 3 tratamientos psicológicos: Introducción al sueño, Interpretación de los sueños, Dialogo con el paciente. En 450-350 A.C.- Hipócrates escribe el Corpus Hipocrático, donde señala que los trastornos mentales son tratables como cualquier otra enfermedad. Después en 25 A.C.– 130 D.C. Los romanos Postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales. Durante el periodo de 129-198 D.C.- Galeno retoma las teorías de Hipócrates, creando el pensamiento hipocrático-galénico; su teoría más representativa es la teoría de los humores. Y finalmente de 865 – 925 D.C.- Tras caer el imperio Romano, la cultura griega y latina sufre una involución. La iglesia hace referencia a la demonología, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesión demoniaca, debían estudiar signos y

estigmas. Renace el primitivismo y la brujería, con lo que reapareció el modelo extra natural de la enfermedad mental

*Edad Media. En esta época se cree que las enfermedades mentales son producto de brujería, pactos con el diablo o posesiones demoníacas; sin embargo, hubo también avances más enfocados a la ciencia. Si bien esta es una época caracterizada por el poco avance científico, también hubo pensadores que hicieron grandes aportes a la psicología y psicopatología en este periodo.

En 1247 se funda el Hospital Real de Bethlem, primer hospital psiquiátrico en Europa y en 1409 el religioso Juan Gilaberto Jofré fundó el primer centro dedicado exclusivamente al cuidado de los enfermos mentales en Valencia. Durante los años de 1493- 1541 Paracelso, médico suizo, argumenta que la luna y no una posesión demoníaca era a causante de los problemas mentales. Esta teoría inspira la palabra "Lunático".

En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con apoyo del papa, publicaron el "Martillo de las brujas" referente a la conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte de miles de personas, (en su mayoría mujeres). El tratamiento de aquel entonces era la tortura, incluso la muerte por cremación como parte de la "liberación del alma". Como respuesta a esto en 1621 – 1689 surgen dos médicos ingleses Thomas Sydenham y Thomas Willis quienes plantean que la histeria no es una enfermedad del útero, sino del cerebro.

*Ilustración. En la época de la ilustración hubo muchos pensamientos que eran vanguardistas a su época, esto se debió al contexto social, donde la iglesia ya no poseía el poder que antes y la subjetividad común evolucionó. La fisiopatología sintió ese cambio así como muchas otras áreas del conocimiento crecieron sostenida mente.

A partir del siglo XVI tiene lugar en occidente la que se ha considerado como la «primera revolución en salud mental». El humanismo que caracteriza al periodo del Renacimiento establece el centro de interés en el ámbito del hombre, la razón, la ciencia y la naturaleza, aunque en el ámbito de la salud mental, las creencias religiosas encuentran un arraigo muy firme que se mantendría todavía durante mucho tiempo

Cornelio Agripa (1486 - 1535) rechazó con firmeza el modelo demonológico y escribió en defensa de las mujeres, por lo que se le considera un feminista adelantado a su tiempo.

Juan Luis Vives (1492 - 1540) enfatizó la necesidad de ofrecer un trato desprovisto de crueldad a los enfermos mentales en la obra *De subventionem pauperum* (1526).

De anima et vita (1538), Vives propuso para la psicología una orientación empírica basada en la observación. Andrés Vesalio (1514 - 1564) profundizó en los conocimientos sobre anatomía humana. Otros autores representativos de la época fueron

Paracelso (1493 - 1541), Felix Plater (1536 - 1614) o Johann Weyer (1515 - 1588), considerado por algunos como el primer psiquiatra de la historia. Autor de la obra *De praestigiis daemonum*, realizó descripciones clínicas en clave psicopatológica de diversos trastornos mentales, y defendió un tratamiento al enfermo basado en la comprensión y la empatía.

Con la obra de della Porta (1535 - 1615) da comienzo el estudio de la fisionomía, que pretende analizar psicológicamente a las personas a partir de determinados rasgos físicos, principalmente faciales, y cuya influencia se extendió hasta el siglo XX a través de autores como Lombroso o Kretschmer.³¹ Juan Huarte de San Juan (1529-1588) escribió el *Examen de ingenios para las*

ciencias, que se considera el primer tratado de psicología diferencial de la historia,³²³³ y que fue censurado por la Inquisición al ubicar en el cerebro el centro de la razón y rechazar las explicaciones teológicas al respecto de la enfermedad mental.

Ya en el siglo XVII, el neuroanatomista inglés Thomas Willis (1621 - 1675) clasificó la epilepsia, la histeria y la hipocondría entre las enfermedades nerviosas.

Thomas Sydenham (1624 - 1689) aplicó por primera vez a la medicina el método inductivo en la práctica clínica, valiéndose de la observación para identificar los diferentes síntomas y posteriormente poder agruparlos en síndromes.

William Tuke fundó en 1752, en la ciudad de York un centro de atención a enfermos mentales que incluía actividades de labor terapia y reestructuración ambiental y en 1774 El Gran Duque de Toscana Leopoldo II promulga primera ley de dementes que obliga a tratar medicamento a los enfermos mentales.

En Italia, el gran duque de Toscana Leopoldo II promulgó la primera Ley de Dementes en el año 1774, que obligaba a tratar médicamente a los enfermos mentales. En España, el tratamiento moral llegó de la mano del profesor de la Universidad de Barcelona Joan Gine i Partagas (1836 - 1903). En Estados Unidos, un movimiento de reforma contra el internamiento en hospitales psiquiátricos, campañas de higiene mental, mejoras en el sistema hospitalario y nuevas terapias y métodos asistenciales (como la terapia ocupacional, por ejemplo).

Autores como Thomas Szasz y Michel Foucault⁴³ criticaron el tratamiento moral por abrir las puertas a una política institucional de carácter represivo y controlador, así como por dejar caer la responsabilidad de la curación exclusivamente en el enfermo.

En 1800 comienza en Francia la Psiquiatría Científica con la obra del médico Philippe Pinel, plantea que no hay que formular hipótesis sino limitarse a la observación y descripción de hechos. Su contribución era cambiar la actitud de la sociedad ante los enfermos mentales. Las enfermedades mentales las clasifica en 4: manía, melancolía, idiocia y demencia. Explica su origen por la herencia y la influencia ambiental.

Después de la caída del imperio romano la inquietud en la edad media se vio intensificada por un estado de guerra casi constante, así como la peste negra que junto con otras enfermedades mataron a miles de cientos de personas

*Renacimiento y Época moderna. Periodo histórico que surge en el siglo XIV en Italia y se extiende por todo Europa durante el siglo XVI. Supone el paso de la edad media y su visión teocéntrica del mundo a una visión antropocéntrica con la edad moderna.

Dorothea Dix durante 1802 a 1887 inició el movimiento de higiene mental y dedicó buena parte de su vida a promover la reforma en el tratamiento de las enfermedades mentales. De 1825 a 1893 el neurólogo francés Jean Martin Charcot, diferencio a los pacientes con lesiones orgánicas y aquéllas con síntoma psicológico o “histérico”. Fue el primero en estudiar el trauma psicológico, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente separado de la consciencia que dan lugar a los síntomas físicos.

Entre los años 1809 – 1873 Morel: en su Tratado de Enfermedades Mentales postulo que las enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares. Introdujo la denominación de “Demencia Precoz” para referirse a la actual esquizofrenia y entre 1836 a 1909

Cesare Lombroso sostuvo que la criminalidad era un fenómeno biológico, identificable por la fisionomía. Introdujo la escuela de antropología criminal de donde se desarrolló la criminología.

En 1864 John P. Grey: su postura era que la demencia siempre se debía a causas físicas. Por lo tanto, un paciente con trastorno mental, debía tratarse como alguien enfermo físicamente. Se concentró en el descanso, dieta temperatura ambiental y ventilación adecuada.

En 1896 Sigmund Freud: descubre que el ser humano tiene algo más que la mente consciente y por primera vez, crea el término "Psicoanálisis".

A mediados del siglo XIX se iniciaron movimientos enérgicos para establecer asilos protectores y benignos para los enfermos mentales. Se trataba de rehabilitar mediante un horario fijo que apoyara sus hábitos regulares; un trato bondadoso, visita diaria del superintendente, algunos medicamentos, actividades físicas y mentales, ambiente tranquilo y agradable. Instalaciones para separar a los pacientes con distintos grados de trastornos

En el siglo XX se teorizó una cura para la esquizofrenia provocando convulsiones, así como, la terapia de choque insulínico. Consistía en dar dosis de insulina cada vez mayores a los pacientes, hasta que literalmente convulsionaban, y finalmente caían comatosos. Así algunos recuperaban la salud mental. Posteriormente la Terapia electro convulsiva (TEC) y finalmente en los años 50's los medicamentos para trastornos psicóticos graves. Neurolépticos, benzodiazepinas, tranquilizantes.

LA NUEVA CLINICA

En este contexto se aplican, por primera vez en clínica, unos métodos de trabajo en algo semejantes a los actuales. La actitud de los clínicos frente a la enfermedad mental se empieza a fundamentar en el estudio descriptivo, en la recopilación de casos clínicos y en la observación cuidadosa del comportamiento y la sintomatología del enfermo.

Esta escuela está localizada geográficamente en Francia y como figura primera destaca Esquirol (1772-1840) que dotó de un contenido clínico y observacional a la psicopatología y continuaría dando sus frutos a lo largo del siglo XIX e inicios del XX a través de psiquiatras que ya han quedado incorporados como «grandes» en la historia de la psicopatología (Bayle, Ballet, Chalin, Clérambault, Falret, Ballarde, Magnan, Serieux, Capgras, Dupré, Seglas, Lasègue, entre otros).

Durante este período es destacable la existencia de dos hechos que, aunque se inscriben en el contexto llamado paracientífico, tuvieron alguna repercusión sobre la evolución posterior de la psicopatología.

PENSAMIENTO CONTEMPORÁNEO

desarrollo de la Revolución Francesa, la Declaración de los Derechos Universales del Hombre, al surgimiento de paradigmas emergentes en el campo de las ciencias naturales y sociales (final del siglo XX e inicio del siglo XXI), lo que corresponde a la Edad Contemporánea.

Este alumbramiento científico se ha identificado con la «Somatogénesis». Entendemos por somatogénesis aquella tendencia que dentro de la psicopatología tiende a considerar los trastornos mentales y de conducta como enfermedades provocadas en un organismo por alguna alteración de ese mismo organismo. Desde este punto de vista, no existe dicotomía entre enfermedades del alma (psíquica) y enfermedades del cuerpo. Todas son enfermedades con una explicación fisiológica y a las que hay que dar un tratamiento orgánico.

Ocurre un factor importante en el siglo XIX atribuido primariamente al movimiento romántico del siglo XIX el interés por el inconsciente, es decir, se habla de Psicogénesis, se halló la mayor

expresión en cinco corrientes principales del pensamiento, Conceptos metafísicos (el inconsciente comparado con la voluntad por los filósofos Schelling y Schopenhauer). Conceptos biológicos (inconsciente fisiológico de von Hartmann). Conceptos basados en la psicología profunda (de carácter místico, mesmeriano y parapsicológico. Por su parte, Schuber destaco en su trabajo sobre los sueños (1837) el simbolismo del inconsciente, anticipando a ciertos puntos de vista freudianos y jungiano). Concepto del inconsciente dinámico (se desarrolló como algo concomitante con la hipnosis por un grupo de médicos de la escuela francesa.

*Siglo XIX. La aparición de los primeros trabajos psicoanalíticos culminaba en la independización de la psicología respecto a la filosofía y la fisiología. Bénédicte Morél menciona que el papel de la herencia patológica se vuelve crucial. En 1902 Ranschburg se dedicaba al estudio de las anomalías mentales; a su vez Kraepelin aplicó el método experimental al estudio de los trastornos mentales donde hizo varios hallazgos (enfermedades). Karl Jaspers realiza el Tratado de Psicopatología General (Allgemeine Psychopathologie) en 1913.

Con la aparición del psicoanálisis, el centro de atención de la psicopatología se desplazó desde la enfermedad hacia el individuo, al buscar las motivaciones de los trastornos en la historia personal de los pacientes.

A mediados del S. XIX los contactos que empiezan a producirse entre la medicina, la fisiología, la biología evolucionista y la psicología de la asociación, abonaron el terreno para el surgimiento, dentro de las ciencias naturales, de la ciencia psicológica, alejándose ésta de la Filosofía.

El conductismo es otra corriente psicológica que se desarrolló durante el siglo XX, principalmente en Estados Unidos. Bajo una concepción estrictamente ambientalista de la psicopatología, el trastorno mental se explica como el resultado de un aprendizaje deficiente de la interacción entre el sujeto y su medio.

A partir de los estudios de Edward Thorndike e Iván Pávlov surgen los trabajos de John Broadus Watson (1878 - 1958), en los que trata de aplicar los principios del condicionamiento clásico al comportamiento psicopatológico.

Más adelante destacarían autores como Hans Eysenck (1916 -1997) y Joseph Wolpe (1915 - 1997), así como el célebre Burrhus Frederic Skinner (1904 - 1990), que desarrollaría los principios del condicionamiento operante. En oposición a la corriente psicoanalítica, en Europa surgen las posturas fenomenológicas desarrolladas por Karl Jaspers (1883 - 1969), que hunden sus raíces en la corriente existencialista, niegan la estructuración tripartita de la psique que proponía Freud, y relativizan el papel que este le otorgaba al inconsciente en el comportamiento humano.

Pueden apreciarse las huellas de estos modelos fenomenológicos en la psicología humanista que surgió en los Estados Unidos de la mano de autores como Abraham Maslow (1908 - 1970), Carl Rogers (1902 - 1987) o Eric Berne (1910 - 1970), autoproclamada como «la tercera fuerza» frente a las posturas psicoanalíticas y conductuales. Sostenía que la Psicología podía ser considerada como ciencia experimental en tanto que estudiara actividades tales como la sensación o la percepción, pero que en la medida en que tratase de dar cuenta también de fenómenos mentales superiores como el lenguaje o el pensamiento, debía ser considerada como una ciencia social.

En 1917 Vygotsky y Luria trataron de elaborar una psicología en teoría de las reacciones del psiquismo al mundo material. Le da valor a la integración del individuo con su entorno sociocultural. En 1968 Wells diseño pruebas psicométricas y medición psicogalvanica y en 1973 Wiggins sostenía que las perspectivas más importantes de la psicología de la personalidad (biológica, experimental, social, psicocéntrica) se sustentan en los postulados darwinistas de la selección natural.

El funcionalismo americano, la reflexología soviética, el movimiento gestaltico y la escuela de Wüsburgo, marcando sus divergencias con respecto a la propuesta de Wundt, aportan su propia interpretación sobre cuáles son los métodos y los datos adecuados para el desarrollo de una psicología verdaderamente científica. Por su parte, la psicología dinámica, heredera del sonambulismo artificial y desarrollada sobre todo en el ámbito psiquiátrico, realizará su propia aportación.

Michael Foucault consideraba al término alienación como sinónimo de lo que se consideraba enfermedad mental y decía que los llamados enfermos mentales no eran más que víctimas de la alienación social. En 1988 Cesar Cabral delimita el concepto de psicopatología del trabajo restringiéndolo a los variados trastornos y conflictos que tienen su causa cierta en la mecánica intrínseca de la actividad laboral.

1.2 Concepto de Psicopatología

La psicopatología es la ciencia que estudia la etiología y las características de los trastornos psicológicos. Es una ciencia a la que nos hemos de acercar desde un modelo multidisciplinar, ya que se nutre de disciplinas científicas diversas, como la psicología, la biología, la neurología, la genética, la fisiología, la sociología y la antropología. Todas estas disciplinas contribuyen a la elaboración de la psicopatología, y probablemente ninguna de ellas se baste por sí sola para explicar los fenómenos anormales.

El objeto de la psicopatología se puede considerar, por tanto, amplio y complejo (Belloch, Sandín y Ramos. 2008). En primer lugar será necesario describir y conocer el fenómeno psicopatológico, para posteriormente poder buscar explicaciones que den cuenta de los factores que pueden predisponer, precipitar o mantener los comportamientos o las dificultades mentales alteradas. Conocer e identificar estos factores favorecerá asimismo el poder predecir la aparición, el curso o la evolución de los trastornos.

En sentido general, la disciplina trata de establecer leyes universales que den cuenta y expliquen muchos y distintos tipos de alteraciones. Sin embargo, la búsqueda de principios generales no debe ocultar que la finalidad última de la psicopatología es el sujeto individual por lo que los principios generales sólo serán útiles si se pueden aplicar a personas concretas.

1.3 Conceptos básicos relacionados con la Psicopatología

La psicopatología no se encuentra sola en su interés por la anormalidad psíquica, sino que comparte con otras disciplinas un interés básico en la comprensión y explicación de la conducta humana. Para constituirse como disciplina lia de definir sus límites y competencias, lo que en definitiva sería encontrar su propia identidad (Ortiz-Tallo, 2004). Las disciplinas que, por su objeto de estudio, son de especial interés en su relación con la psicopatología. son la psiquiatría, la psicología clínica, la psicología de la salud y la psicología de la personalidad. A continuación se intentará realizar una distinción entre ellas.

Psicopatología y psiquiatría

En su quehacer diario, la psiquiatría se suele entender como una práctica médica clínica. Desde este punto de vista, la psicopatología se encargaría de estudiar la descripción, evolución y etiología de los trastornos, mientras que la psiquiatría trataría de integrar y aplicar esos conocimientos en su práctica clínica, compartiendo estos aspectos de intervención con la psicología clínica.

Se observa en muchos manuales que, a la hora de definir las tareas que conciernen al psiquiatra, difícilmente se distinguen de las del psicopatólogo. De hecho, en Estados Unidos la utilización indiscriminada de los dos términos es frecuente, a pesar de que en Europa se haya diferenciado su uso desde finales del siglo XIX. La psicopatología es el fundamento o la ciencia base sobre la que se trabaja posteriormente en clínica, pero, a su vez, esta clínica suministra información y esclarecimiento para la primera. Por tanto, la distinción es siempre un poco forzada (Ortiz-Tallo, 2004). Sea como fuere, la psiquiatría se encuentra estrechamente ligada a la psicopatología, necesitando de esta última para su aplicación y compartiendo esta relación con la psicología clínica que se comenta a continuación.

Psicopatología y psicología clínica

La psicología clínica se interesa por el diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento. Se ha considerado una disciplina aplicada que se ocuparía de los aspectos prácticos de la clínica diaria, mientras que la psicopatología está más ligada al empleo de métodos experimentales para describir y explicar la conducta anormal.

El enfoque de la psicología clínica se considera idiográfico, al dedicarse a los problemas individuales de adaptación psicológica, determinando y evaluando las posibilidades de adaptación de la persona, para después aplicar las técnicas psicológicas apropiadas para mejorarla. La psicopatología no comparte el enfoque idiográfico en la misma medida, ya que tiene un carácter más básico que aplicado. Ambas disciplinas se complementan en una interrelación entre investigación básica y aplicada, necesaria para el progreso del conocimiento de las dos disciplinas.

Psicopatología y psicología de la salud

La psicología de la salud asume como disciplina el estudio de la interacción entre variables psicosociales y enfermedad/salud. Contribuye, desde la psicología, a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad y a la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud y de la enfermedad para mejorar el cuidado de la salud. Comparte con la psicología clínica, antes referida, el aspecto de intervención y de prevención de la enfermedad. La diferencia fundamental es que, principalmente, hace referencia a la enfermedad física. Sin embargo, en tanto que se apoya en una concepción holística e integral del ser humano, también atiende a la salud mental.

La psicología de la salud constituye una disciplina aplicada que se nutre de una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas, entre las que se encuentra la psicopatología, recogiendo aportaciones de la investigación básica de ésta. Asimismo, delimita un área de práctica profesional comprometida con los problemas de la salud, y su conocimiento de las personas, contextos y problemas del sistema sanitario (Rodríguez Marín, 1998).

A diferencia de la psicopatología, la psicología de la salud se centra, más específicamente, en investigar los factores asociados a la salud física y a su mantenimiento, debiendo además tener en cuenta la dimensión social de la salud. Así, la exclusión de los trastornos mentales del campo de actuación e investigación de esta disciplina la delimitaría del objeto de estudio de la psicopatología (Belloch et al., 2008): la psicopatología se ocupa de los trastornos mentales, mientras que la psicología de la salud se ocupa de enfermedades físicas.

Para concluir este apartado, se resalta que la psicología de la salud se ocupa de las dificultades psicológicas que pueden tener consecuencias fisiológicas, así como de las consecuencias psicológicas que puedan acarrear los problemas físicos, reconociendo por otro lado la interrelación existente entre la salud física y la salud mental.

Psicopatología y psicología de la personalidad

Las dos disciplinas, psicopatología y psicología de la personalidad, en una primera aproximación, tienen como objeto de estudio procesos básicos del comportamiento del ser humano. El estudio de la personalidad, por tanto, aportará un marco teórico a la explicación y comprensión de los trastornos de gran importancia. Probablemente, para establecer los límites entre ambas disciplinas se pueda decir que la psicología de la personalidad acabaría allí donde comienza la psicopatología, en cuanto los procesos básicos del comportamiento estudiados transgreden «la normalidad».

Sin embargo, definir cuál es el objeto de estudio de cualquier disciplina es una tarea compleja y laboriosa, imposible de realizar en unas pocas líneas. Desde este punto de vista, la psicología de la personalidad no puede definirse exclusivamente de forma tan simple. Fierro comenta al respecto que, aunque trate sobre aspectos y estructuras reales del ser humano, como disciplina científica se apoya directamente en «conceptos» y no en «realidades», lo que dificulta acotar su objeto de estudio en una única definición (Fierro, 2002).

Existen más de cincuenta definiciones de psicología de la personalidad, que además consideran formulaciones bastantes distintas. Sin embargo, a pesar de la disparidad de formulaciones, en todas ellas están presentes en mayor o menor medida dos conceptos: a) el estudio de elementos constantes del funcionamiento psicológico humano, y b) la psicología de la personalidad puede predecir el comportamiento humano.

Definir el objeto de estudio de la psicopatología es también un objetivo complejo y supone establecer una línea divisoria entre lo normal/anormal. Si realmente se pudiera dibujar la línea que separara ambos conceptos, el de normalidad y el de anormalidad, la psicología de la personalidad trataría de establecer leyes que describan y expliquen la estructura, los procesos internos y el funcionamiento de la personalidad normal, y la psicopatología de establecer leyes que describan y expliquen muchos y distintos tipos de alteraciones o de personalidades trastornadas. Con esta simplificación de nuevo se vuelve a la necesidad de establecer unos criterios que identifiquen el límite entre lo normal/anormal.

1.4 Modelos en Psicopatología

Hemos visto en los apartados precedentes la diversidad de criterios o «creencias» acerca de lo que se considera anormal o psicopatológico. A veces, incluso, resultan difícilmente reconciliables entre sí.

Si bien los criterios no deben identificarse con los grandes sistemas o modelos sobre la conducta anormal, lo cierto es que las diferentes perspectivas teóricas sobre la conducta anormal se basan en tales criterios y, en principio, se diferencian entre sí según el mayor o menor énfasis que pongan en cada uno de ellos. No debe extrañarnos, por tanto, que las perspectivas o modelos en psicopatología sean también múltiples. Así, en el cuerpo de literatura sobre esta cuestión se han referido modelos como el biomédico, el psicodinámico, el sociobiológico, el conductual, el cultural, el humanista, el cognitivo, el existencial, el social (de «etiquetación social»), el evolucionista, el constitucional, etc.

Sin embargo, tal proliferación de modelos o perspectivas refleja una realidad más ficticia que real, ya que algunos de ellos, más que constituir un sistema teórico original y propio sobre la concepción de lo normal y anormal, se limitan a destacar algunos aspectos de los fenómenos psicopatológicos. Así, por ejemplo, el tan debatido modelo psicodinámico difícilmente puede ser separado del tradicional modelo biomédico ya que, si bien asume que los procesos psicológicos (más que los biológicos) constituyen la causa fundamental de los problemas mentales y

psicosomáticos, muchos de sus postulados centrales (concepto de enfermedad mental, existencia de factores patológicos subyacentes, diagnóstico categorial, curso, pronóstico, etc.) son equivalentes a los defendidos por la perspectiva biológica o médica tradicional.

Otros enfoques, por ejemplo, los sociales, los humanistas y los existenciales, más que aportar paradigmas innovadores sobre la conducta anormal, consisten en conjuntos de críticas vertidas sobre los grandes modelos (básicamente el biomédico y el conductual), o en enfatizar ciertos aspectos de la realidad humana (posiciones filosóficas, concepto del «sí mismo», autorrealización, criticismo social, relativismo cultural, etc.). Además de la propia debilidad teórica asociada a estos enfoques, se han argumentado incluso problemas relativos a la eficacia de las técnicas terapéuticas derivadas de estas posturas, ya que tal eficacia, o no ha sido estudiada, o bien es muy baja (Rosenhan y Seligman, 1984). A nuestro juicio, muchos de estos enfoques teóricos — que, dicho sea de paso, tuvieron su mayor apogeo en momentos de menor desarrollo científico de la psicopatología y mayor auge de cambios sociales (por ejemplo, el movimiento antipsiquiátrico)— tienen el valor de haber denunciado muchos aspectos críticos de los modelos reinantes (el modelo médico) y, así mismo, de haber enfatizado cuestiones de relevancia para la psicopatología (por ejemplo, el papel de los factores psicosociales).

Partiendo por tanto de este punto de vista, en lo que sigue no vamos a detenernos en la descripción de toda esta variedad de modelos sobre la psicopatología. Nos centraremos únicamente en tres grandes orientaciones teóricas que cubren adecuadamente el panorama de la psicopatología científica actual, es decir, las perspectivas biomédica, conductual y cognitiva. No obstante, al tratar sobre los procesos y trastornos psicopatológicos en los diferentes capítulos de este manual, se hace referencia explícita a cualquier modelo cuando su aportación al conocimiento psicopatológico ha sido suficientemente relevante.

Modelo biológico

La perspectiva biológica, denominada también biomédica (o médica), fisiológica o neurofisiológica (neurociencia), asume como principio fundamental que el trastorno mental es una enfermedad, al igual que cualquier otra enfermedad física. En consecuencia, las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc.). Por tanto, según este modelo el tratamiento deberá centrarse en corregir tales anormalidades orgánicas.

Los orígenes del modelo médico hunden sus raíces en la propia historia de la humanidad, fiel reflejo de la lucha del hombre por su supervivencia, a través de los obstáculos más variados, entre los cuales las enfermedades ocupan un lugar predominante. En psicopatología siempre se ha considerado a Hipócrates (siglo II a.C.) como el predecesor del enfoque médico en una extrapolación del modelo kraepeliniano. Una gran variedad de circunstancias históricas se da cita para realzar el estatus del modelo biológico en el siglo XIX, como fueron la difusión de la teoría de Kraepelin, la investigación que vinculó la enfermedad mental a una enfermedad orgánica (la sífilis), con sus trágicas secuelas, así como los diversos avances acaecidos en la curación de diversas enfermedades somáticas. En el siglo XX, el modelo biomédico mantiene su enorme influencia y se consolida sobre todo a partir de los años cincuenta, década en la que se comenzaron a sintetizar y a utilizar diferentes clases de drogas psicotrópicas que han mostrado su eficacia en diversos trastornos mentales. Ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos y otros psicofármacos han cambiado la imagen que se tenía del tratamiento de la enfermedad mental (Comer, 1992).

Modelo conductual

Como ha señalado Thomas Kuhn, la sustitución de un paradigma científico no se produce únicamente por la denuncia de sus insuficiencias e inadecuaciones, sino sobre todo por la

aparición de una nueva teoría alternativa y claramente superior. A principios de la década de los sesenta, el modelo conductual se perfilaba en Estados Unidos y en Europa como un nuevo paradigma de la psicología clínica, alternativo a las insuficiencias del modelo médico (antes descrito) y en principio más explicativo y útil. Aparte de la insatisfacción con el modelo biomédico, la emergencia del modelo conductual se produjo merced al auge experimentado por la psicología del aprendizaje. Así pues, podríamos decir que los dos factores primarios que determinaron el surgimiento del modelo conductual en psicopatología fueron la madurez alcanzada por la psicología del aprendizaje (aplicación de principios del condicionamiento clásico y operante al control de la conducta anormal) y la insatisfacción con el estatus científico y *modus operandi* del modelo médico respecto a la conducta anormal. El modelo conductual, si bien se perfiló como una alternativa teórica fascinante en psicopatología, pronto comenzó a sufrir críticas internas, sobre todo procedentes de autores insatisfechos con la extrema rigidez del esquema estímulo-respuesta propuesto inicialmente. La propia evolución histórica de la perspectiva conductual ha dado lugar a diferentes orientaciones o submodelos que se asumen y aplican alternativamente en la actualidad, tanto desde la concepción de la propia conducta anormal como en el campo aplicado de la modificación de conducta. En los epígrafes correspondientes a este apartado veremos algunas cuestiones relacionadas con estos cuatro aspectos, esto es: 1) inadecuaciones del modelo médico; 2) desarrollo y principios generales del modelo conductual; 3) críticas al modelo conductual, y 4) perspectivas actuales del modelo.

Modelo cognitivo

El actual modelo cognitivo de la psicología no es, desde luego, nuevo en la historia psicológica. Como dijo Delclaux (1982), esta orientación ha existido desde siempre en la psicología, pues el estudio de la actividad mental y de la conciencia, temas centrales en la psicología cognitiva actual, fueron para W. Wundt y W. James los objetos constitutivos de la investigación psicológica. Del mismo modo, autores como Ebbinghaus, Donders o Bartlett manifestaron un interés preferente por la cognición y sus procesos, es decir, por los fenómenos psicológicos relacionados con percibir, atender, memorizar, recordar y pensar. En definitiva, se preocuparon por los procesos mentales superiores del individuo; y de ellos se ocupa hoy —en mayor medida que otras perspectivas, modelos o paradigmas psicológicos— la psicología cognitiva.

Durante al menos tres décadas, desde los años veinte hasta los cincuenta, la psicología científica marginó el estudio de estos temas debido entre otras cosas a la pobreza y escasez de resultados obtenidos, a las dificultades para su repetición o verificación, a la imprecisión de sus métodos de investigación y a las dificultades para encontrar referentes empíricos y aplicaciones prácticas que, al cabo, permitieran considerar sus planteamientos como algo más que meras piruetas mentalistas. A todo ello contribuyó además el auge de la psicología conductista, que siempre se caracterizó por sus anclajes empíricos y su incansable búsqueda de soluciones útiles y practicables para los problemas que planteaba la conducta anormal. Pero en la década de los cincuenta estaba listo el escenario para que la psicología retomase sus antiguas antorchas. Con el abandono relativo del positivismo, hasta entonces considerado como la única vía posible para la ciencia, el énfasis en un contexto más relativo del descubrimiento científico, y la puesta en duda de la prepotencia del contexto de la justificación, muchos psicólogos comenzaron a considerar seriamente la posibilidad de que sus observaciones no fueran tan «objetivas» como se podía pensar, sino que estaban bajo la influencia de aspectos tan imprecisos como sus propias intenciones, motivaciones, deseos e, incluso, teorías implícitas sobre qué era digno de ser observado y qué no (Belloch, 1987). Como dijo Pinillos (1985), entre la realidad y la forma en que ésta se nos hace presente en la observación, hay una mediación subjetiva que se convierte ya en difícilmente eludible. Así, en 1980 George A. Miller escribía: «Creo que la conciencia es el problema constitutivo de la psicología. Es decir, me deja insatisfecho un psicólogo que ignora la conciencia, igual que me sucedería con un biólogo que ignorase la vida o un físico que ignorase la materia o la energía».

Si nos preguntamos por los antecedentes más recientes de este modo de hacer y entender la ciencia psicológica, es decir, si hacemos un pequeño recuento histórico, no queda más remedio que referirse a un conjunto de hitos importantes: la publicación en 1937 del famoso artículo de Turing sobre los «números computables» y su propuesta de una máquina computadora universal; el artículo de McCulloch y Pitts de 1943, sobre la aplicación del cálculo lógico al estudio de la actividad nerviosa superior; la publicación, también en 1943, del trabajo de Winer, Rosenthal y Bigelow, en el que se aplican y/o se extienden las ideas de servomecanismo al sistema nervioso central; las contribuciones de Shannon y Weber a la teoría de la comunicación y la información; el desarrollo de la teoría general de sistemas de Von Bertalanff y; la invención de los primeros ordenadores por Polya, Von Numann, Aiken o Minsky, entre otros. En palabras de Delclaux, «a lo largo de los años treinta y principios de los cuarenta, se va produciendo un cambio de perspectiva desde la visión analítica de la ciencia, hacia una visión más sistémica e integradora de los distintos componentes de cualquier proceso. Tal cambio se puede señalar en base a algunos aspectos tales como el desarrollo de la teoría de la información, la idea de la retroalimentación negativa, la posibilidad de manejar algoritmos, así como la teoría general de sistemas como contraposición a la idea heredada del positivismo del análisis por la síntesis» (Delclaux,1982, p. 25).

Como este mismo autor nos recuerda, en 1956 se reúnen en Dartmouth un grupo de científicos para tratar sobre la posibilidad del comportamiento inteligente en máquinas. Allen Newell y Herbert Simon, dos desconocidos por aquel entonces para la psicología, acudieron a esa reunión con un programa de ordenador que simulaba operaciones similares a las que podía realizar una persona cuando pensaba. Este hecho iba a cambiar radicalmente el panorama de la investigación en psicología, porque consiguió demostrar que era posible estudiar los procesos mentales (internos) a través de su simulación exterior. Finalmente, frente a la analogía del comportamiento animal, defendida por el conductismo, se desarrollaba aquí la analogía funcional del ordenador, que iba a ser esgrimida como garantía de cientificidad por el procesamiento de información (PI), el cual a su vez iba a erigirse como el movimiento o paradigma más visible de la nueva psicología cognitiva (De Vega, 1984).

Junto al desarrollo de las ciencias de la computación, De Vega (1984) señala además como antecedente importante el desarrollo de la moderna psicolingüística, cuyo nacimiento oficial puede fecharse en 1951 en la Universidad de Cornell en donde se desarrolló un seminario interdisciplinar sobre lenguaje, con la participación de psicólogos y lingüistas. Pero sería un poco más tarde, con la publicación en 1957 de *Syntactic Structures* de Chomsky, cuando se produjo la verdadera revolución en este campo. La propuesta de una gramática transformacional, radicalmente opuesta a la hasta entonces dominante gramática asociativa y lineal de los conductistas, implicaba que el lenguaje se podía estudiar «como un dispositivo de competencia, que incluye un conjunto de reglas de reescritura de símbolos, capaz de generar todas las frases gramaticales del lenguaje natural» (De Vega, 1984, p. 29). La teoría de Chomsky fue inmediatamente aceptada por la naciente psicología cognitiva, y actualmente los lingüistas poschomskyanos mantienen estrechas relaciones disciplinares con los psicólogos cognitivos interesados en el estudio del lenguaje y en la inteligencia artificial.

Por fin, en 1960 Miller, Galanter y Pribram publican *Plans and the Structure of Behavior*, que hoy puede ser considerado como un auténtico manifiesto fundacional de la psicología cognitiva, y muy especialmente del PI, de similar alcance al *Behaviorism* de Watson, publicado por vez primera en 1920, considerado como el manifiesto de la psicología conductista. Miller y sus colegas desarrollan la analogía mente-ordenador que incluye conceptos mentalistas tales como «imágenes mentales», «planes», «metas», «estructuras», «estrategias», etc. La analogía permitía, además, admitir que el cerebro es, ante todo, un dispositivo capaz de tratar con información, y no algo que sirve únicamente para responder a ciertos tipos de estímulos. El reconocimiento de esta

posibilidad abría el camino para que los psicólogos pudieran investigar sobre las representaciones internas, sin necesidad de recurrir a marcos de referencia neurológicos o bioquímicos, ya que independientemente de su naturaleza física, esas representaciones internas podían comenzar a ser explicadas en términos del tipo y la cantidad de información que contenían (Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1988, p. 15). Con todo, la analogía, aun siendo solamente funcional, no dejaba de ser también excesivamente formalista, por lo que se iba a enfrentar con no pocas dificultades para traducir o trasladar los hallazgos e hipótesis generadas en el contexto del laboratorio y del análisis formal, a la vida real. Y estas dificultades son especialmente relevantes en ámbitos como el que aquí nos interesa, el de la psicopatología, en donde las variables motivacionales y las diferencias individuales no pueden ser explicadas recurriendo exclusivamente a la analogía mente-ordenador, tal y como se planteaba desde la perspectiva del PI.

1.5 Métodos de investigación en Psicopatología

Cuando investigamos en psicopatología nos enfrentamos a un conjunto muy variado de posibles decisiones que es preciso tomar en consideración. Es preciso decidir sobre aspectos como el tipo de sujetos que se van a emplear, el nivel de control metodológico (manipulación de variables), los propósitos del diseño a emplear (explicativo o descriptivo) y las posibilidades o deseos sobre la temporalidad del estudio (longitudinal o transversal). Es decir, podríamos decir que el investigador debe afrontar varias cuestiones que podrían resumirse de la siguiente forma:

- 1) ¿cuál es el propósito de la investigación?;
- 2) ¿qué tipo de muestra de sujetos debemos emplear?, y
- 3) ¿qué nivel de control de variables podemos o debemos llevar a cabo?

En principio, el propósito de cada investigación puede ser diferente. No obstante, los objetivos generales pueden circunscribirse en varias categorías distintas. Un tipo de propósito podría ser la búsqueda de relaciones causales (etiología) entre ciertos fenómenos y determinadas patologías. Este tipo de objetivos suele llevarse a cabo en orden a validar y construir desarrollos teóricos (modelos, teorías) para explicar los fenómenos psicopatológicos. Otra modalidad diferente de propósitos podría ser la obtención de descripciones y diferenciación de cuadros clínicos y de sus correlatos comportamentales. Aquí no se pretende indagar en las causas del trastorno, sino en su caracterización clinicopsicológica. Existe al menos una tercera categoría, según la cual lo que se intenta investigar no son ni mecanismos etiológicos explicativos del trastorno, ni delimitaciones de síndromes clínicos diferenciados y más o menos específicos, sino describir relaciones psicosociales asociadas a los trastornos psicopatológicos.

Vemos, pues, que los tres tipos de propósitos generales señalados son diferentes, y posiblemente cualquier investigación llevada a cabo en el campo de la psicopatología podría circunscribirse en mayor o menor grado a uno de ellos. Debemos aclarar que el tipo de propósito que guíe al investigador va a determinar los siguientes factores, esto es, el tipo de muestra y el control de las variables. Respecto a la muestra de sujetos sobre la que se focalizará la investigación conviene aclarar algunos términos básicos. Normalmente diferenciamos entre sujetos normales, subclínicos (o análogos clínicos) y clínicos. La cuestión sobre la conceptualización de cada una de estas modalidades es, en contra de lo que podría creerse, bastante arbitraria. Un sujeto clínico se define como tal porque ha sido diagnosticado y se le ha asignado un cuadro psicopatológico específico (por ejemplo, es un sujeto depresivo, esquizofrénico, etc.). Lógicamente, los diagnósticos no siempre coinciden entre un diagnosticador y otro, a pesar de que la fiabilidad de los sistemas de diagnóstico ha mejorado significativamente durante la última década. Aparte de este carácter de arbitrariedad, el empleo de pacientes implica muchos otros problemas metodológicos.

El concepto de análogo clínico es igual de arbitrario que el de sujeto clínico. La etiquetación de análogo clínico o subclínico se establece en base a puntuaciones elevadas en una variable determinada, o tipos de variables, obtenidas por personas normales (esto es, no diagnosticadas con algún tipo de trastorno). Por ejemplo, tras aplicar un cuestionario de depresión a una muestra de estudiantes, aquellos que obtienen puntuaciones elevadas se decide que son «análogos depresivos». El criterio de decisión puede variar entre unos investigadores y otros; a veces se emplea la media del grupo, con lo cual, los que puntúen por encima de la media serían análogos clínicos. Otras veces se emplean criterios más restrictivos como, por ejemplo, una o dos desviaciones típicas por encima de la media. El concepto de análogo clínico es sumamente artificial, pero ha resultado de gran valor en la investigación psicopatológica. Incluso, no pocas veces es preferible al empleo de sujetos clínicos, sobre todo cuando éstos presentan serios problemas de control (tratamiento farmacológico, hospitalización, etc.). Recuérdese, por otra parte, que el hecho de pedir ayuda clínica, lo cual suele terminar en un diagnóstico, es un tipo de conducta determinado por múltiples factores ajenos al trastorno propiamente dicho.

Tanto los objetivos de la investigación como el tipo de sujetos a emplear son factores determinantes de las posibles manipulaciones y control de las variables. Todo esto, a su vez, condicionará las características metodológicas del diseño de investigación. Integrando estas tres dimensiones básicas (objetivos, sujetos y control de variables) podríamos perfilar tres niveles diferentes (Bootzin, Acocella y Alloy, 1993; Öhman, 1981), en cada uno de los cuales englobaríamos determinados métodos de investigación. Estos niveles son los siguientes:

1. Nivel del análogo experimental.
2. Nivel clínico.
3. Nivel epidemiológico.

El nivel del análogo experimental corresponde básicamente a objetivos estrictos de búsqueda de explicaciones etiológicas. En consecuencia, el control experimental es máximo, por lo que sólo se emplean sujetos seleccionados al azar (no pueden utilizarse sujetos clínicos o subclínicos). Se trata, por tanto, de un nivel estrictamente experimental. El diseño experimental asume un perfecto control de las variables, incluyendo la asignación al azar de los sujetos a los diferentes grupos, en orden a poder establecer las relaciones pertinentes entre las variables independientes y las dependientes. Estas relaciones deben implicar una relación causal. León y Montero (1993) han asumido de la siguiente forma los requisitos necesarios para poder establecer relaciones de causalidad mediante la experimentación:

- 1) (anteceder) los valores de la variable independiente se deben producir y medir antes de observar los valores de la variable dependiente;
- 2) (covariar) las variaciones en los niveles de la variable dependiente deben coincidir sistemáticamente con los cambios en la variable independiente; y
- 3) descartar causas alternativas (descartar el efecto de variables extrañas que pudieran cambiar al tiempo que lo hace la independiente).

El nivel clínico engloba los diseños con fines descriptivos de cuadros clínicos o relaciones entre variables. Los sujetos son básicamente clínicos, pero también pueden utilizarse sujetos subclínicos, e incluso sujetos normales en investigaciones sobre relación de variables de interés psicopatológico. En este nivel también se incluyen los diseños que habitualmente se designan como experimentales, pero que al no seleccionar los sujetos al azar por emplear, por ejemplo, grupos de sujetos clínicos o subclínicos, son más apropiadamente denominados como «cuasi-experimentales». En realidad, los diseños de «caso único» o $N = 1$ son una modalidad de diseños cuasi-experimentales. Finalmente, el nivel epidemiológico incluiría los métodos centrados en estudios de poblaciones (por tanto, en principio no se centra en muestras clínicas o subclínicas),

estudios que habitualmente buscan establecer descripciones de relaciones psicosociales (por ejemplo, relación entre sucesos vitales y enfermedad en la Comunidad de Madrid).

Resumiendo, partimos de tres niveles de análisis, esto es, nivel del análogo experimental, nivel clínico y nivel epidemiológico. Sólo el primer nivel es estrictamente experimental. El nivel clínico incluye un conjunto diverso de enfoques metodológicos, con diversos grados de implicación experimental y correlacional (esto es, métodos correlacionales, cuasi-experimentales, de caso único y estudios de casos). Los métodos cuasi-experimentales y de caso único serían los de mayor control experimental; los métodos correlacionales propiamente dichos y los estudios de casos, en contraste, se basan en la no manipulación de variables. Los diseños epidemiológicos, por otra parte, se sustentan en una metodología de tipo correlacional, si bien algunos autores hablan a veces de una «epidemiología experimental» en el sentido, por ejemplo, de experimentación natural (por ejemplo, personas sometidas a radiaciones en Th ree Mile Island).

1.6 Clasificación y diagnóstico en Psicopatología

Se entiende por clasificación cualquier procedimiento utilizado para construir agrupaciones o categorías y para asignar entidades (en nuestro caso trastornos o conductas anormales) a dichas categorías, en base a atributos o relaciones comunes. El proceso de asignación de una entidad a una determinada categoría del sistema de clasificación es conocido en biología como identificación. En medicina y en psicopatología, el proceso de asignación de determinados atributos clínicos, o de pacientes que manifiestan dichos atributos, a una categoría del sistema de clasificación se conoce como diagnóstico.

El término taxonomía hace referencia al estudio sistemático del proceso de clasificación; es decir, a la lógica, los principios y los métodos utilizados en la construcción de un sistema clasificatorio, así como a las reglas utilizadas para la identificación de las entidades. Cuando las entidades a clasificar son enfermedades o trastornos, es decir, cuando se trata de construir una taxonomía de fenómenos patológicos, se habla de nosología. Aunque frecuentemente se utilizan en el ámbito clínico los términos clasificación y nosología de manera indistinta, propiamente la nosología supone una organización basada en supuestos teóricos sobre la naturaleza de la enfermedad (Strömngren, 1992).

La clasificación de los fenómenos psicopatológicos no es más que un caso particular de un proceso más amplio de categorización natural, mediante el cual organizamos el ambiente externo y establecemos una visión coherente del mundo. En cierto modo, toda categorización natural desempeña una función adaptativa, cuyo fin es el facilitar el funcionamiento cotidiano y la interacción de la persona con el mundo externo, limitando el número y la complejidad de los estímulos. Se atribuyen, además, a toda categorización evidentes ventajas, como son el facilitar la codificación, memorización y evocación de la información; ayudar a hacer inferencias, juicios y predicciones, o permitir el desarrollo de un lenguaje común. Sin una categorización sería imposible interactuar de manera provechosa con la infinita cantidad de objetos o sucesos apreciables.

La clasificación, en consecuencia, está en el origen de cualquier intento de comprender la realidad y se apoya en el hecho fácilmente constatable de que el mundo percibido no está estructurado en términos de conjunto total, en donde todas las combinaciones de los valores de los atributos observados ocurren con idéntica probabilidad, sino que está estructurado de una determinada manera (Mervis y Rosch, 1981). Puede afirmarse, además, que los principios que subyacen a la determinación de una estructura o nivel jerárquico de clasificación de un determinado campo van a variar en función tanto del significado cultural del mismo como del nivel de experiencia del

observador. Ambos aspectos son importantes por cuanto influirán en los atributos que se van a destacar.

Mervis y Rosch también señalan que todos los modelos de categorización llevan consigo, virtualmente, abstracción y creatividad en dos sentidos: la determinación de qué elementos de una situación son esenciales y cuáles son irrelevantes, y la creación de una nueva información de orden superior que no se da en ningún ejemplar específico. Los principios básicos para la formación de categorías en un sistema clasificatorio son favorecer la economía cognitiva (en el sentido de suministrar la máxima información con el mínimo esfuerzo cognitivo) y la estructuración de los datos; es decir, percibir los objetos del mundo como poseedores de una estructura altamente correlacional y no como elementos arbitrarios.

Las clasificaciones utilizadas en psicopatología dejan en suspenso, en sí mismas, entrar en la definición del fenómeno de anormalidad y otras cuestiones epistemológicas, para dar respuesta a la necesidad de organizar nuestras percepciones de los diversos fenómenos conductuales. Se trata de un planteamiento pragmático, cada vez más aceptado por la comunidad científica, pero que no ha logrado acallar del todo voces críticas respecto a su validez (González Pardo y Pérez Alvarez, 2007) o a si los trastornos mentales son «clases naturales», entendiéndose por «clase natural» que los miembros que la componen sean semejantes entre sí y que exista alguna explicación para ello (Cooper, 2005).

La clasificación psicopatológica pretende proporcionar al científico y al clínico importantes ventajas; lo cual tiene lugar cuando cumple los requisitos metodológicos exigidos a toda taxonomía. Blashfield (1984) destaca las siguientes: a) aportar una nomenclatura y terminología común que facilite la comunicación y favorezca la fiabilidad; b) servir de base acumulativa de documentación e información sobre cada categoría clínica; c) suministrar información descriptiva de cada una de las entidades clínicas básicas; d) permitir hacer predicciones desde una perspectiva longitudinal, y e) suministrar los conceptos básicos para hacer formulaciones teóricas. Hersen (1988) refiere, además, que la clasificación en psicopatología debe responder a diversos propósitos de naturaleza científica y también política, entre ellos: a) la organización de comportamientos o síntomas; b) la comunicación entre investigadores y clínicos; c) la determinación del tratamiento o procedimiento terapéutico aplicable a cada categoría clínica, como desiderátum a alcanzar, aunque todavía no sea posible en muchos casos; d) la determinación del estatus legal del paciente en base a su funcionamiento y competencia, y e) la determinación del reembolso económico a los profesionales que prestan servicios por parte de los seguros sanitarios o agencias externas.

La noción de categorías clínicas se apoya en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes compartidos; por ejemplo, agrupaciones de signos y síntomas regulares. Sin embargo, la clasificación de los sujetos en categorías de ninguna manera niega la existencia de otras diferencias mutuas. La concomitancia o presencia simultánea en el tiempo de diversos atributos y características clínicas en las personas podría deberse, en opinión de Millon (1987), a factores temperamentales y experiencias tempranas que conducen al desarrollo de estructuras y funciones psicológicas de aparición posterior (conductas, actitudes, afectos o mecanismos). Por otra parte, cabe la posibilidad de que la posesión de estas características iniciales pueda poner en marcha diversas experiencias vitales que modulan la adquisición de atributos psicológicos en una cadena secuencial. Un determinado origen común, así como relaciones de consecuencia, aumentan la probabilidad de que determinadas características psicológicas se combinen con otras más específicas, dando lugar a conjuntos de síntomas observables de forma repetitiva, que denominamos síndromes clínicos.

1.7 Análisis de los fenómenos psicopatológicos

En este apartado se trataría de considerar una parte de la psicopatología aplicada o clínica. Durante una exploración clínica, ante un paciente concreto conviene tener un esquema que ayude a poner de manifiesto las diversas dimensiones de cada uno de los fenómenos psicopatológicos. La finalidad del clínico no será poner un rótulo o una etiqueta diagnóstica a la persona que le ha pedido ayuda. La formación del profesional de la salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) no debe limitarse, por tanto, a conocer las distintas anomalías mentales y del comportamiento, y a saber qué cuadro conforman cuando aparecen conjuntamente. El análisis detallado y preciso de una serie de aspectos de la alteración que presenta y de los aspectos sanos que mantiene será lo que facilite una intervención terapéutica más eficaz: así se podrán conseguir datos de valor que facilitarán un mejor juicio diagnóstico, explicativo, de pronóstico y que orientará en el tratamiento. Las propiedades del fenómeno psicopatológico que se deben tener en cuenta, según Gradillas (1998), podrían ser las indicadas a continuación.

La conciencia de anomalía

El autoconocimiento que la persona tiene de sí mismo y del trastorno será uno de los aspectos principales que ayudará en el análisis de la alteración. El que la persona tenga conciencia o no será en primer lugar lo que hará que acuda al clínico por sí mismo o sea llevado por algún familiar, aspecto fundamental a la hora de su colaboración en el tratamiento. La falta de conciencia de su alteración puede ir desde no darse cuenta de algunos aspectos de su problema, algo habitual en todos los casos, pero tener capacidad para ir valorándolos junto con el terapeuta y enfrentándose a esos aspectos que le traen problemas en su vida diaria, hasta el extremo de no ser consciente en absoluto de reacciones patológicas y que son claramente identificables para cualquier observador externo. En ocasiones, el sujeto puede haber observado su anomalía, pero, sin embargo, considerarla normal. Así, el cansancio característico de la depresión puede ser interpretado por el paciente como producto de su pereza y crearle más intranquilidad; en otros casos, como en algunos tipos de esquizofrenia o en la anorexia nerviosa, la persona puede extrañarse de que otros consideren anormal su comportamiento.

En la misma línea, la capacidad del sujeto para valorar la intensidad o el grado en el que el proceso alterado le influye es importante. En ocasiones, puede ser consciente de que algo le está sucediendo, pero sin embargo atribuirlo a otras causas. Este sería el caso frecuente de los ataques de pánico, en los que la primera reacción suele ser atribuir los síntomas a factores somáticos, o el caso de la hipocondría, en el que es difícil la intervención del psicólogo hasta que el paciente no acepta que sus síntomas no corresponden a las distintas enfermedades físicas.

Función y contenido

Ante una persona con dificultades mentales conviene distinguir" la función psíquica afectada (cognitiva, perceptiva, motora...) del contenido temático de la alteración propiamente dicha. El ejemplo más claro es en los casos en los que hay que diferenciar una alucinación de una idea delirante. Esto es, una persona puede expresar que oye voces que hablan sobre él y le critican, y otra estar convencida de que en la televisión se refieren a él continuamente. En el primer caso se trataría de una alucinación auditiva y en el segundo de una idea delirante de referencia; sin embargo, ambas funciones afectadas pueden hacer que las reacciones del paciente sean similares, ya que el contenido de la disfunción es muy similar. En otras ocasiones la función alterada es la misma y, sin embargo, el contenido es distinto. Este sería el caso de dos personas, una creyendo que los demás hablan mal de ella y otra creyendo que es una persona muy importante con una misión especial en el mundo para salvar al resto de los mortales. Las sensaciones y emociones de cada uno de ellos serán distintas por la variación de contenido, aun cuando el área afectada sea la misma (creencias erróneas).

Conocer e identificar estos aspectos ayudará al terapeuta a una mejor comprensión de todo el cuadro psicopatológico, así como a poder prevenir futuras reacciones consecuencias de su malestar psíquico. En los casos en los que hay una desconexión con la realidad (psicosis) parece que la función alterada cobra más importancia, y, sin embargo, en casos más leves como trastornos de ansiedad, identificados por la persona fundamentalmente a través de un malestar subjetivo, el contenido puede tener mucho que ver con experiencias anteriores de su vida y aportar más información para el tratamiento.

Egosintonía

El que exista una congruencia o una sintonía entre un comportamiento, un pensamiento o una emoción determinados y la propia personalidad del sujeto hará en muchas ocasiones que la valoración sea distinta. En este caso la persona los acepta, no los cree indeseables y no los considera como manifestaciones de un trastorno. Por estas razones se dice que son egosintónicos. Un ejemplo de ello es la persistencia y la intrusión de un pensamiento en la mente de un sujeto, tal como el pensamiento sobre la persona amada en una época de euforia amorosa, lo que no sólo no hará sentirse perturbado al que lo padece, sino que busca este pensamiento para recrearse y disfrutar con él. Sin embargo, un pensamiento intrusivo egodistónico, tal como ocurre en las obsesiones, hará que la persona sienta que la idea es ajena a su propia forma de pensar, sintiéndola como intrusiva y molesta

La evolución de la alteración

En el análisis y valoración clínica de una alteración mental o del comportamiento es importante conocer el comienzo, la terminación, la duración y la periodicidad de las sensaciones y del malestar del paciente.

Las alteraciones tienen en ocasiones una aparición brusca y en otras lenta, lo que va a orientar al clínico acerca de su evolución y de la misma naturaleza del trastorno. Asimismo, la forma de terminar una crisis aguda de ansiedad o una crisis disociativa orientarán al diagnóstico diferencial. La duración del fenómeno psicopatológico orientará acerca de la naturaleza aguda o crónica. Los sistemas de clasificación actuales requieren, en casi todos los casos, que para que se asignen determinadas alteraciones a una categoría diagnóstica específica lleven un tiempo determinado afectando al sujeto. Sin embargo, este criterio diagnóstico, que puede ser importante para la investigación, en la práctica clínica pierde interés, ya que no será necesaria una larga evolución para que se comience la intervención psicológica adecuada.

Intensidad y cualidad

La anormalidad suele ir asociada a un criterio de intensidad. Todas las personas pueden tener sensaciones o emociones iguales a las consideradas patológicas, pero con menor intensidad. Quizá el criterio para diferenciarlo es que suponga un sufrimiento personal o afectar a alguna de las áreas de sus relaciones personales (familiares, laborales...). Definir cuándo el malestar de una persona tiene suficiente intensidad para considerarla anómala es una cuestión que a veces se presenta difícil, ya que cuantificar el sufrimiento personal no es tarea sencilla.

Existen algunas alteraciones psicológicas que llevan consigo la anormalidad por sí mismas y en las que no se trata de valorar la intensidad, ya que la naturaleza de su patología es de naturaleza cualitativa, al no existir transiciones con la normalidad. Este es el caso, fundamentalmente, de las alucinaciones y de los delirios. Pero, incluso en estas ocasiones, valorar la intensidad es fundamental para conocer el grado de afectación y la vivencia personal de la alteración.

Dimensión cultural

La valoración del marco sociocultural en el que se encuentra la persona afectada es uno de los aspectos importantes a valorar para poder situar la posible alteración.

Entender este aspecto es muy importante cuando se refiere a personas que pertenecen a otro país con una cultura distinta. Será condición imprescindible para el terapeuta informarse acerca de la normalidad de su cultura para alcanzar una mayor comprensión de lo que sucede, ya que la persona podría estar en un período de adaptación a una nueva cultura durante el cual aún imperan sus propios valores culturales.

Sin embargo, no se trata de considerar este aspecto sólo en los cambios de residencia o culturales, ya que por ejemplo hoy en día son frecuentes las intervenciones psicológicas de los llamados «transeúntes» o «sin techo». En estos casos el terapeuta deberá considerar el estilo de vida al que está expuesta la persona, ya que la finalidad no será probablemente adaptarla a la cultura del terapeuta o a los valores sociales más normalizados, debiendo respetar y considerar el fenómeno sociológico y cultural de la persona para poder realmente ayudarla

Rasgos de personalidad patológicos

Los rasgos de personalidad patológicos son las principales manifestaciones de los trastornos de personalidad, siendo preciso diferenciarlos de las alteraciones psicopatológicas que se producen en una persona en un momento determinado de su vida.

Los trastornos de personalidad son formas habituales de comportarse y de percibir e interpretar la realidad, siendo considerados permanentes y, en cierto modo, inflexibles. Una de las condiciones necesarias, por tanto, para que así sea es que su comienzo sea en una edad temprana y haya persistido a lo largo de la vida. Esta forma habitual de comportarse trae problemas a la persona en cuestión o a las personas de su entorno, por lo que con frecuencia se verán en la clínica.

La diferenciación entre un rasgo de personalidad patológico o un estado psicopatológico es de gran importancia para comprender el problema y poder enfocar adecuadamente la intervención psicológica

1.8 Psicopatología de la atención

La psicopatología de la atención no ha sido precisamente uno de los temas más «llamativos» de la psicopatología. De hecho, y parafraseando a Cromwell (1978), aluden a «manifestaciones tolerables»: a nadie se le hospitaliza por tener un tiempo de reacción más lento, o por tardar más milisegundos en leer el color de una palabra. Sin embargo, a pesar de ser tan poco llamativas, las alteraciones atencionales han ido cobrando, paulatinamente, una importancia inusitada a la hora de explicar muchos trastornos psicológicos. Si se revisa cualquier manual actual sobre trastornos de ansiedad, de depresión, de esquizofrenia, etc., se encontrará algún apartado central que haga referencia a déficit atencionales. Pero este gran interés por el estudio psicopatológico de la atención no está exento de dificultades.

El primer problema con el que nos topamos al estudiar las alteraciones atencionales no es un problema «propio» de la psicopatología, sino heredado de la psicología como disciplina general: se trata de la propia definición de la atención. En palabras de Dixon (1981), «¿qué es la atención?, ¿es un proceso, un mecanismo, una volición, un estado particular de la mente, o una inferencia que surge del hecho de que sólo uno de los muchos perceptos y memoria posibles puede ocupar la mente en un momento dado?, ¿es necesariamente consciente o la atención selectiva puede ocurrir inconscientemente?» (p. 231). Y es que, como señalan Johnston y Dark (1986), una de las primeras observaciones con que uno se topa al revisar la literatura sobre la atención es la amplia renuencia que ha existido a la hora de definir el término. Pero además, las definiciones existentes

a lo largo de la historia han mantenido diferencias importantes. No es sorprendente, pues, que ante tales diferencias conceptuales coexistan un buen número de teorías y modelos rivales. Como tampoco es sorprendente que el enfoque de la psicopatología de la atención varíe sustancialmente en función de cómo entendemos el significado del término. No es lo mismo entender la atención como el foco de la conciencia, que como capacidad de procesamiento de la información, por poner sólo dos ejemplos extremos. Obviamente, tendremos en cuenta unas alteraciones y no otras en función de estas diferencias y, por supuesto, la explicación de tales anomalías diferirá de la que otros autores, basándose en otros marcos teóricos, puedan ofrecer.

Otra cuestión importante que queremos plantear es la estrecha relación entre el estudio «normal» de la atención y el estudio de sus alteraciones. En efecto, cuando nos enfrentamos con el tema de la psicopatología de la atención nos vemos irremediabilmente abocados al estudio de las teorías atencionales que han surgido en el ámbito de la psicología normal. Y esto por varias razones. En primer lugar, pocos campos de estudio en psicopatología experimental han estado tan influidos como el de la atención por los aciertos y errores que surgían de la investigación en la psicología experimental. Al examinar la historia del estudio experimental de las alteraciones atencionales nos encontramos casi siempre con «traducciones» prácticamente literales de las teorías psicológicas. Es decir, que los diferentes autores recogen, casi sin variaciones, las teorías, modelos y paradigmas experimentales desarrollados en el ámbito del estudio «normal» de la atención, tanto para sugerir hipótesis como para explicar los resultados que se obtienen en el campo de la psicopatología.

En segundo término, la psicopatología no implica necesariamente «morbidez» (Belloch e Ibáñez, 1991; Reed, 1988). Este supuesto se hace especialmente patente cuando abordamos el tema de las alteraciones atencionales. La connotación de psicopatológico (en el sentido restrictivo de mórbido) en el campo de la atención viene dada más por el individuo (paciente) que presenta la alteración que por la propia alteración. Realmente, la práctica totalidad de las denominadas «alteraciones atencionales» se refiere a experiencias que la mayoría hemos vivido en situaciones de fatiga, de excitación, de estrés, e incluso mucho más «normales» y cotidianas: ¿quién no ha experimentado alguna vez, mientras estaba en una clase, que «se le iba el santo al cielo», y se ha sentido totalmente desconcertado cuando el profesor le ha dirigido una pregunta? Yendo incluso más allá hablamos, por ejemplo, de la distraibilidad del esquizofrénico, pero todos hemos sufrido experiencias similares: ¿quién en una discoteca no se ha sentido alguna vez bombardeado por más estímulos de los que podía «manejar»? En este sentido podríamos decir que muchas de las experiencias que aquí veremos bajo el rótulo de «alteraciones» son, la mayoría de las veces, respuestas totalmente adaptativas y necesarias o, cuando menos, predecibles. ¿Por qué entonces calificarlas de «alteración»? Quizás una primera respuesta a esta pregunta sería la siguiente: son alteraciones porque la forma en que actúa aquí la atención no es la habitual. Más adelante tendremos ocasión de ejemplificar adecuadamente esta cuestión.

Un tercer grupo de razones por las que el estudio de la atención «normal» es importante tiene que ver con el hecho de que en no pocas ocasiones nos encontramos con que la atención ha sido barajada como una de las explicaciones que podría dar cuenta de otros problemas psicopatológicos. Esto significa, ni más ni menos, que la atención se encuentra en el nivel explicativo más básico de todo el proceso de conocimiento: la atención es condición necesaria para que se produzca conocimiento y, en tanto que actividad direccional de la mente, se encuentra involucrada en todos los procesos de adquisición de dicho conocimiento. Así, por ejemplo, en el estudio de la esquizofrenia muchos han sido los intentos por otorgar a la atención el rango de síntoma primario que subyace a la enfermedad, mientras que para otros autores no sólo cabría hablar de síntoma, sino más propiamente de causa. Dicho, en otros términos, otorgar un papel etiológico a las alteraciones atencionales implica ubicar a la atención en la base misma de la pirámide Conocimiento.

I.9 Psicopatología de la percepción y la imaginación

Las psicopatologías de la imaginación y las de la percepción constituyen temas centrales para la investigación psicopatológica, además de representar, en algunos casos, signos casi inequívocos de trastorno mental para el lego. Las razones son varias: por un lado, porque los fenómenos que abarcan, como por ejemplo las alucinaciones, suelen ser extraordinariamente llamativos y extraños; por otro, porque en muchos casos estos fenómenos conllevan anomalías en una de las habilidades mentales más complejas y discutidas: la imaginación; y por último, porque se imbrican, además de con la imaginación, con uno de los procesos o funciones mentales más importantes para la supervivencia y la adaptación de los seres vivos: la percepción.

Las investigaciones psicológicas han dado lugar a un buen número de teorías explicativas sobre la percepción y sobre la imaginación que difieren en muchos aspectos. Las palabras de Pinillos con las que hemos iniciado este capítulo son lo suficientemente elocuentes como para orientar al lector sobre cuál va a ser el tipo de planteamiento que adoptaremos a lo largo de nuestra exposición. Asumimos la idea de que la percepción no implica una mera copia de la realidad, sino un proceso constructivo, mediante el que se interpretan los datos sensoriales (Neisser, 1981). En definitiva, estamos de acuerdo con el supuesto de que la percepción es un proceso fundamentalmente psicológico, entendiendo por tal la interpretación activa que hace el individuo de aquello que están captando sus sentidos; y esa interpretación se fundamenta a su vez en las experiencias previas, las expectativas y las predisposiciones personales. Volviendo una vez más a utilizar las palabras de Pinillos (1975), la percepción es «una aprehensión de la realidad a través de los sentidos (...), un proceso sensocognitivo en el que las cosas se hacen manifiestas como tales en un acto de experiencia. Tal experiencia no es, por otra parte, un reflejo pasivo de la acción estimular ni una captación puramente figural de los objetos: percibir entraña un cierto saber acerca de las cosas percibidas y sus relaciones» (p. 153).

La ilusión es un ejemplo claro de que la percepción no está determinada «objetivamente», o mejor, no está solamente determinada por las características físicas del estímulo a percibir: en el proceso perceptivo el organismo reacciona a los estímulos sobre la base de (o condicionado por) sus pre disposiciones, expectativas y experiencias previas. No existe ninguna percepción en la que no intervengan elementos subjetivos o de experiencia, además de los factores sensoriales. El contexto nos proporciona las reglas en las que se basan nuestras percepciones, a la vez que guía nuestras interpretaciones. En cierto sentido, somos capaces de adelantarnos a la información que nos ofrece el contexto. Todo esto significa que nuestro procesamiento perceptivo no está guiado sólo por los datos, sino también por nuestras ideas, juicios y conceptos (Lindsay y Norman, 1975).

En consecuencia, preguntas del estilo de ¿cómo sabemos que los objetos percibidos están realmente «ahí fuera»?, ¿cómo sabemos que ciertos acontecimientos están ocurriendo realmente?, no son simples de responder, por extraño que pueda parecer (Johnson, 1988). Como Helmholtz señaló hace ya más de un siglo, no debería ser tan obvio por qué los objetos nos parecen rojos, verdes, fríos, calientes, amargos o con buen o mal olor: estas sensaciones pertenecen a nuestro sistema nervioso y no al objeto en sí. Por eso, lo extraño es que percibamos los objetos «fuera», cuando el procesamiento, que es nuestra experiencia inmediata, ocurre «dentro». Sin embargo, otras clases de experiencias, tales como los sueños, la imaginación o el pensamiento, las experimentamos «dentro». Por tanto, tan importante como averiguar por qué decimos que ciertas experiencias tienen su fuente de actividad «fuera de nosotros», es saber por qué en otros casos, como por ejemplo cuando soñamos, o cuando imaginamos, o cuando pensamos, decimos que su fuente somos «nosotros mismos». Como ha dicho Johnson (1988), si se proyectan externamente algunas experiencias mentales, ¿por qué no se proyectan todas?

Así pues, asumimos que en el proceso perceptivo intervienen el juicio y la interpretación. Y esto implica también que las inexactitudes perceptivas y los engaños o errores sensoriales son tan normales como lo contrario, al menos en términos de probabilidad (Slade y Bentall, 1988). Este capítulo trata precisamente de los errores perceptivos, los engaños sensoriales y los falsos juicios de realidad que en ocasiones realizamos sobre lo que son, sencillamente, imágenes mentales. Lo que ya no resulta tan sencillo es explicar por qué se producen esos errores y cómo y cuándo se realizan esos juicios. Y menos sencillo es, si cabe, explicar cómo y por qué se producen las imágenes mentales, e incluso si existen como productos mentales diferentes y sometidos a reglas particulares e idiosincrásicas. En definitiva, este capítulo versa también sobre un conjunto de experiencias mentales relacionadas con una de las modalidades más interesantes y polémicas de representación mental: las imágenes.

El interés de la investigación psicológica sobre las imágenes ha atravesado fases históricamente desiguales. Así, frente al rechazo del tema por parte de psicometristas como Galton, o de los conductistas en general, se alzaron voces tan significativas como la de Tolman, quien en plena vigencia del neoconductismo afirmó que los mapas cognitivos (representaciones mentales analógicas) constituían una guía fundamental del comportamiento que los organismos desarrollaban en su medio. Con ello se enfrentaba abiertamente a las interpretaciones conexionistas sobre el aprendizaje (De Vega, 1984; Mayor y Moñivas, 1992). Desde entonces, y en un más que apresurado resumen, puede decirse que existen dos grandes opciones teóricas marcadamente antagónicas sobre el modo de abordar las imágenes mentales: una primera opción, de naturaleza dualista, defiende la existencia de un código representacional específico para el procesamiento de imágenes mentales y otro para el procesamiento proposicional. Representantes característicos de este planteamiento son, por ejemplo, Alan Paivio y, sobre todo, Stephen Kosslyn. Frente a ellos, se alzan las voces de autores como Zeno Pylyshyn, que abogan por un planteamiento reduccionista o uniforme, según el cual solamente es científicamente admisible la existencia de un único formato para las representaciones mentales, que subyace tanto a «las palabras» como a «las imágenes», y cuya naturaleza es fundamentalmente proposicional y abstracta (elaboramos representaciones mentales de significados y no de palabras concretas). Este planteamiento es, como señala De Vega (1984), beligerantemente opuesto a la utilidad explicativa del constructo de imagen para la moderna psicología cognitiva puesto que, según se argumenta, las llamadas imágenes mentales se pueden tratar simplemente como proposiciones.

1.10 Psicopatología de la memoria

Recordar un número de teléfono cuando no tenemos la agenda a mano, reconocer a un conocido en la calle e identificarle por su nombre, recordar dónde fuimos de vacaciones el último verano y que «Sangre española» es una canción de Manolo Tena, son todas ellas funciones normalmente atribuidas a la memoria humana. Pero también en la actualidad se suele considerar como una función de la memoria el ahorro en tiempo al tratar de solucionar por segunda vez un rompecabezas ya resuelto con anterioridad. Y lo mismo cabe decir del recuerdo de habilidades como nadar, escribir con soltura en un teclado o montar en bicicleta, habilidades que una vez aprendidas no se olvidan, aunque dejen de practicarse durante largos períodos de tiempo.

Así considerada, la memoria humana parece responsable del funcionamiento en tareas muy dispares, funcionamiento que, como se verá a lo largo de este capítulo, no siempre se lleva a cabo de forma satisfactoria. De hecho, mientras que algunos fracasos, como no recordar dónde dejamos las llaves de casa, no nos parecen muy graves (aunque las consecuencias a veces pueden ser algo dramáticas), en otras ocasiones el fracaso puede parecernos preocupante, como cuando no conseguimos recordar con quién hemos hablado hace un rato. En efecto, algunos fallos de la memoria caben dentro de lo que Freud denominó «psicopatología de la vida cotidiana», mientras

que otros fallos hablan claramente de la existencia de un síndrome amnésico, una patología grave con implicaciones muy diferentes.

Desde una perspectiva tradicional, el síndrome amnésico se contrapone a la amnesia de origen psicógeno, en la que se observan graves pérdidas o alteraciones de la información personal, considerada como funcional puesto que se supone que la emoción juega un papel predominante en su etiología. También contamos con una diversidad de síndromes clínicos, sobre todo en aquellos en los que los déficits cognitivos tienen mayor peso —por ejemplo, en la esquizofrenia—, que habitualmente cursan con alteraciones en los procesos de memoria. La demencia y el episodio depresivo mayor son a veces difíciles de distinguir en sus primeras etapas, entre otras cosas porque ambos tipos de pacientes se quejan continuamente del deterioro de memoria, la dificultad en el curso del pensamiento y la capacidad de concentración. Por otra parte, no hace falta tener ningún «trastorno mental» para experimentar ciertas anomalías en los procesos de memoria, produciéndose una amplia gama de distorsiones que se engloban bajo el nombre de paramnesias.

Así pues, la variedad de situaciones en las que aparecen déficit mnésico exige alguna forma de categorizar las funciones de la memoria, en términos de estructuras y procesos, para definir y explicar las patologías. No existe en la actualidad un modelo único que permita incorporar sin ambigüedades las funciones de la memoria, pero sí se manejan una serie de conceptos que pueden ser útiles para examinar los déficits que presentan las diversas patologías. A ellos dedicaremos los siguientes párrafos, con el fin de proporcionar una terminología básica para entender el resto del capítulo.

En la década de los sesenta se impuso una forma de pensar sobre la memoria que se suele denominar «multialmacén», ya que consideraba la existencia de diferentes almacenes por los que transitaba la información y en cada uno de ellos era sometida a diferentes operaciones. Aunque el modelo multialmacén puede considerarse hoy abandonado, aún persisten algunos de sus términos, si bien despojados de su significado original. Tal es el caso de «memoria a corto plazo» y de «memoria a largo plazo».

Memoria a corto plazo: Almacén de memoria, de duración y capacidad limitadas (como mucho, 7 elementos o ítems durante unos 20 segundos), que en el modelo multialmacén se supuso bien diferenciado de la memoria a largo plazo, el almacén permanente de capacidad prácticamente ilimitada. Precisamente, el conjunto más favorable de datos sobre la distinción corto-largo plazo provenía del hecho de que los amnésicos puros son capaces de mantener la información en la memoria a corto plazo, pero en cambio no pueden transferirla a, o retenerla en, la memoria a largo plazo.

Este es el caso de uno de los amnésicos más estudiados, H. M., cuyos problemas de memoria surgieron tras la operación que sufrió en ambos lóbulos temporales e hipocampo para curar su epilepsia. La consecuencia fue un deterioro dramático de su memoria. Aunque era capaz de mantener una conversación de forma normal, lo que indica que la información entra en el sistema y se mantiene el tiempo suficiente como para crear una respuesta, después se olvidaba rápidamente de ella, esto es, sufría amnesia anterógrada, la incapacidad para adquirir nueva información. Sin embargo, las pruebas de memoria a corto plazo no suponían ningún problema para él: por ejemplo, su amplitud de dígitos (cantidad de dígitos que puede repetir en el orden correcto inmediatamente después de la presentación) era normal.

El concepto de memoria a corto plazo ha ido perdiendo terreno en los análisis teóricos de la memoria en favor del concepto acuñado por Baddeley (Baddeley e Hitch, 1974; Baddeley, 1990) de memoria operativa (working memory). Con este término se alude a un sistema más complejo,

en el que se resalta sobre todo su carácter operativo por encima de las funciones de almacenamiento de la información. Baddeley (1990) concibe la memoria operativa como compuesta de un ejecutivo central y de varios subsistemas «esclavos», como son el bucle fonológico (el que mejor se conoce en la actualidad) y la agenda visoespacial.

El ejecutivo central es un sistema de control atencional que se encarga de seleccionar las estrategias para tratar con la información de entrada y también de decidir qué pasos y en qué orden aplicarlos; por tanto, tiene un papel esencial en tareas cognitivas esenciales, como aprendizaje, razonamiento y comprensión. Al mismo tiempo, tiene funciones de almacenamiento temporal, aunque con capacidad limitada, por lo que cuando ésta se ve superada, el ejecutivo demanda espacio de almacenamiento a los subsistemas esclavos, cuyo funcionamiento supervisa y coordina. El bucle fonológico se ocupa de la información basada en el habla, y la agenda visoespacial es la responsable de la creación y manipulación de imágenes visuales. Está fuera del alcance de este capítulo relatar pormenorizadamente las características de la memoria operativa, pero sí son muy interesantes sus implicaciones para el estudio de algunas patologías. Este es el caso de pacientes que muestran un deterioro inverso al del amnésico puro, en el sentido de que el funcionamiento de su memoria permanente es normal, pero muestran problemas con las tareas a corto plazo.

En el paciente K. F., estudiado por Shallice y Warrington (1970), tras una lesión en el parietal izquierdo su amplitud de dígitos se vio reducida a uno o dos ítems, aunque no mostraba ningún deterioro para aprender listas de palabras (a largo plazo). Algo parecido le ocurría a P. V., una paciente italiana con una lesión en el hemisferio izquierdo, y cuya amplitud de dígitos presentados auditivamente era de sólo dos dígitos. Su rendimiento en diversas pruebas de memoria a largo plazo era normal (Baddeley, 1990, resume una amplia investigación sobre esta paciente), excepto cuando la prueba implicaba un análisis fonológico del material en el momento de la presentación, como ocurre en el aprendizaje de vocabulario de una lengua extranjera (Baddeley, Papagno y Vallar, 1988).

El sistema de memoria operativa permite explicar estos y otros déficit suponiendo que la lesión cerebral ha afectado a alguno de los componentes del sistema; en concreto, las lesiones de P. V. y K. F. parecen afectar únicamente al bucle fonológico de la memoria operativa, pero su ejecutivo central permanece intacto y por tanto no tienen problemas con otras tareas de comprensión o de memoria a largo plazo. Memoria a largo plazo o permanente: Contiene nuestros recuerdos autobiográficos, el conocimiento del mundo, así como el lenguaje, sus reglas y los significados de los conceptos. A nuestra memoria permanente pertenecen, por ejemplo, el recuerdo de un viaje que realizamos hace tiempo, el saber que la amnesia es un déficit de memoria, que la luz roja de un semáforo es un indicador de parada o cómo accionar la palanca de cambios de un coche (cuando sabemos conducir), que las flores son vegetales y que en los restaurantes pagamos si queremos comer. La extraordinaria complejidad de la información atribuida a la memoria permanente ha hecho útiles algunas distinciones adicionales. Así, se postula (Tulving, 1972, 1983) que dentro de la memoria permanente la memoria episódica se ocupa de almacenar, retener y recuperar información relativa a episodios con una referencia autobiográfica, esto es, contextualizados en tiempo y lugar para su poseedor. La memoria episódica sería responsable de que recordemos que el jueves pasado cenamos con Teresa en un restaurante cercano a su casa, y de que un sujeto experimental pueda recordar algunas de las palabras que formaban parte de una lista cuando el experimentador le pide que recuerde la «lista que viste ayer en el laboratorio». Aunque el contexto espaciotemporal no es completamente exacto, su característica fundamental es la referencia personal, autobiográfica, esto es, que trata con «recuerdos». En cambio, la memoria semántica trata con información de carácter general, con «conocimientos», y así incluiría lo que sabemos sobre psicología, sobre reglas de comportamiento social y sobre los conceptos que utilizamos, con independencia del contexto temporal y espacial en que se

adquirieron. Los significados de las palabras de una lista experimental son parte de la memoria semántica, y sus referencias son otras acciones u otros conceptos que a menudo se suponen organizados en una red semántica (por ejemplo, Anderson y Bower, 1973).

Ambas, memoria episódica y memoria semántica, comparten el carácter declarativo en el sentido de que podemos hacer afirmaciones sobre sus contenidos en términos de declaración y corresponden a conocimientos del tipo «saber qué». Por ello se ha sugerido que podría distinguirse entre una memoria declarativa (que incluye a la episódica y a la semántica) y una memoria de procedimientos, que daría cuenta del conocimiento subyacente a habilidades como conducir, montar en bicicleta o atarse los cordones de los zapatos, y del aprendizaje por condicionamiento, es decir, el «saber cómo». Esta doble distinción declarativa-de procedimientos —y episódica-semántica dentro de la memoria declarativa— no es aceptada por todos los teóricos. Por ejemplo, Tulving (1987, 2005) ha sugerido más bien un conjunto jerarquizado en el que la base está constituida por un sistema de procedimientos, sobre el cual se puede construir o no (dependiendo de la especie de que se trate) una memoria semántica que, a su vez, es indispensable para alcanzar una memoria episódica (únicamente humana, Tulving, 2005). Aunque el carácter declarativo es común a la memoria semántica y a la episódica, no se trata de las dos partes de un todo (declarativo), sino que su propuesta jerárquica implica que una se construye sobre la otra.

Sea como sea, estas distinciones pueden tener gran utilidad cuando se examina qué tipos de tareas de memoria pueden llevar a cabo con éxito los amnésicos y cuáles no.

Por otro lado, si por memoria se entienden los efectos de experiencias pasadas que ahora ya no están presentes, tal como lo entendió Ebbinghaus, es posible hablar de otras formas o medidas de memoria menos tradicionales que las de recuerdo o reconocimiento. Un ejemplo muy conocido de esta idea lo constituye un dato anecdótico relatado por Claparède a finales del siglo pasado. Al parecer, en una ocasión Claparède escondió un alfiler en su mano y saludó a continuación a una paciente suya que sufría de amnesia. Ella retiró instantáneamente la mano al pincharse, pero en los días siguientes era incapaz de recordar el episodio; sin embargo, la paciente no volvió a darle la mano al clínico para saludarle, alegando que «a veces la gente lleva alfileres en las manos». En este caso nos encontramos con el efecto de una experiencia pasada, aunque este efecto no adopte la forma de un recuerdo explícito como cuando somos capaces de evocar el episodio concreto.

Esta clase de efectos son los que permiten hablar de otro concepto, el de tareas indirectas, no deliberadas o implícitas de memoria (véase Richardson-Klavehn y Bjork, 1988, para una discusión sobre estos términos y sus compromisos con teorías sobre formas de memoria), esto es, tareas que permiten observar los efectos de la experiencia previa sin hacer referencia a un episodio previo concreto. Estos términos se utilizan como contraste de los de tareas directas, deliberadas o explícitas de memoria, tareas como las de recuerdo libre, recuerdo con indicios y reconocimiento, en las que las instrucciones experimentales siempre hacen referencia al episodio en el que se adquirió la información y por tanto parecen requerir del sujeto un recuerdo consciente de tal episodio.

A estas alturas es evidente que algunos de los conceptos anteriores se solapan entre sí en mayor o menor grado, como sucede con los términos declarativo-de procedimientos y explícito-implícito. Ello es un indicador de la falta de un sistema conceptual adecuado para integrar los resultados experimentales y neuropsicológicos en categorías bien definidas, pero también es comprensible si se contempla el ingente número de investigaciones que se están llevando a cabo en los últimos años, tanto con pacientes amnésicos como con sujetos normales, y que retan continuamente a los modelos teóricos existentes. Como la mayoría de las investigaciones con amnésicos incluyen al

menos una tarea indirecta como forma de evaluar los efectos de experiencias previas, el siguiente apartado resume las características de las tareas directas e indirectas de memoria, junto con las medidas que utilizan

1.11 Psicopatología del pensamiento

A. PENSAMIENTO

La historia de los trastornos formales del pensamiento aparece ineludiblemente ligada a la historia de la descripción psiquiátrica de la esquizofrenia. Autores como Bleuler, Cameron o Schneider propusieron denominaciones para los trastornos que la caracterizaban que aún perduran.

Para Bleuler (1911), el trastorno de las asociaciones, la ausencia de relaciones entre ideas que debieran estar asociadas, constituía la característica central del pensamiento esquizofrénico. Esa falta de conexión entre las ideas se debía, según el autor, al funcionamiento de los mecanismos de condensación (dos ideas con algo en común que se mezclan dando lugar a un concepto erróneo), desplazamiento (uso de una idea por otra) y al uso inadecuado de símbolos. Carl Schneider (1942; citado por Hamilton, 1985) caracterizaba el «pensamiento esquizofrénico» por el descarrilamiento o pérdida de ilación (tendencia a perderse en pensamientos secundarios), la sustitución (los pensamientos relevantes se cambian por otros subsidiarios), la omisión (supresión innecesaria, total o parcial, de un pensamiento o una parte del mismo), la fusión (una mezcla desordenada de pensamientos con abundantes interpretaciones), la retirada o bloqueo, y el simplismo (disminución de la capacidad de abstracción). Cameron (1944) afirmaba que la asíndesis, o falta de conexiones adecuadas entre pensamientos sucesivos, era la característica básica de la esquizofrenia y podía ser analizada en cuatro elementos: la interpenetración (mezcla de temas y entre un tema y la fantasía), la fragmentación (ruptura del pensamiento en sus aspectos parciales), la sobreinclusión (incapacidad para mantener un tema en sus límites) y el uso de metonimias (aproximaciones imprecisas al tema central mediante el uso de palabras o frases inexactas).

El estudio psicológico de los trastornos del pensamiento es una labor todavía incipiente y gran parte de los logros obtenidos hasta ahora se deben al empeño de los investigadores en estudiar las actividades psicológicas sirviéndose de tareas cuya realización requiere ejercer las actividades investigadas.

El pensamiento —dice Manuel de Vega— es una actividad mental no rutinaria que requiere esfuerzo. Ocurre siempre que nos enfrentamos a una situación o tarea en la que nos sentimos inclinados a hallar una meta u objetivo, aunque existe incertidumbre sobre el modo de hacer lo. En estas situaciones razonamos, resolvemos problemas, o de modo más general pensamos. El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo, con intervención de los mecanismos de memoria, la atención, las representaciones o los procesos de comprensión; pero no es reductible a éstos. Se trata de un proceso mental de alto nivel que se asienta en procesos básicos, pero incluye elementos funcionales adicionales, como estrategias, reglas y heurísticos (De Vega, 1984).

Cuando Fish habla de los trastornos del pensamiento reconoce que cualquier clasificación está condenada a ser arbitraria y añade: «Se tiene por costumbre dividir los trastornos del pensamiento en trastornos del contenido y trastornos de la forma; o para decirlo en un lenguaje más familiar, entre trastornos de las creencias y trastornos del razonamiento» (Hamilton, 1985).

Adoptando esta postura y la definición que hace Manuel de Vega de «pensamiento», deberíamos identificar los trastornos formales del pensamiento con los trastornos del razonamiento y los

trastornos del contenido con los trastornos de las creencias, tal como hace Fish. De esa forma, el estudio de los trastornos formales del pensamiento se convierte en el estudio de las deficiencias en la realización de tareas de inferencia deductiva, de inferencia inductiva y, lo que viene a ser lo mismo, de solución de problemas. Que, en efecto, podamos encontrar un buen número de trabajos sobre trastornos del pensamiento publicados en los últimos años, en los que se investigan las deficiencias del razonamiento de sujetos con trastornos psicopatológicos, parece avalar la elección.

Parece que los temas clásicos de la psicopatología del pensamiento deben ser replanteados enteramente. Los llamados «trastornos formales del pensamiento» deberían estudiar se examinando las deficiencias en la realización de tareas de razonamiento y de solución de problemas, y «los trastornos del contenido» deberían ser abordados examinando las características de las creencias erróneas, más o menos aberrantes, que producen esas actividades deficientes. Sin embargo, cuando se revisan las investigaciones sobre las deficiencias del razonamiento de los sujetos con trastornos psicopatológicos, resulta que los investigadores y las revistas especializadas parecen no estar teniendo en cuenta esta división. Curiosamente, los investigadores que estudian las deficiencias en tareas de razonamiento no buscan explicaciones para los trastornos formales del pensamiento, sino para los trastornos del contenido; y, por otro lado, cuando se examina la lista de trastornos formales y sus definiciones se puede apreciar que las tareas relevantes para estudiar este tipo de fracasos no son tareas de razonamiento deductivo, inductivo o de solución de problemas, sino tareas de producción de discurso.

B. ¿«PENSAMIENTO» O «DISCURSO»?

En 1979, Nancy Andreasen exponía sus quejas acerca de la falta de consenso en la definición de «trastorno del pensamiento» y subrayaba que no se puede inferir con certeza que un lenguaje normal refleje un pensamiento normal, ni que un lenguaje trastornado refleje un pensamiento trastornado; pero que, sin embargo, dentro de la típica práctica clínica de la psiquiatría el término «trastorno del pensamiento» o «trastorno formal del pensamiento» era usado como sinónimo de «habla desorganizada». Trece años más tarde, Frith (1992) sigue diciendo que es tradicional etiquetar como «trastorno del pensamiento» el discurso peculiar de personas con trastornos esquizofrénicos.

La etiqueta —dice Frith— sugiere que las cosas peculiares que los pacientes esquizofrénicos dicen son consecuencia de sus pensamientos peculiares. La etiqueta sugiere también que la habilidad para poner esos pensamientos en lenguaje está intacta. Sin embargo, esta asunción carece de pruebas. En realidad, los relatos en primera persona sugieren que algunos pacientes, al menos, tienen dificultades para poner sus pensamientos en lenguaje.

Estas reflexiones hacen que la acepción de «pensamiento» de Bleuler (1911-1950), Kraepelin (1919), Jaspers (1913) y cols. nos parezca distinta a la de los psicólogos actuales, si no pensamos que el término tiene que ver con la explicación que se dio a estos trastornos más que con la descripción de los mismos. En efecto, la acepción de «pensamiento» de Bleuler no se diferencia gran cosa de la de los psicólogos cognitivos actuales. Bleuler distinguía el pensamiento dirigido, inteligente, que se corresponde con la acepción de pensamiento actual, y el pensamiento no dirigido, que en *Dementia Praecox* denominó autista y que posteriormente prefirió denominar irreal, en contraposición con el realista o racional, para evitar equívocos. Sin embargo, para Bleuler el pensamiento irreal no era un pensamiento inadecuado o primitivo, sino un pensamiento destinado a un tipo de funciones distinto: satisfacer deseos mediante su realización fantaseada (citado por Vygotski, 1993). En cualquier caso, parece que debemos remitirnos más al discurso que al pensamiento si queremos estudiar los fenómenos etiquetados como «trastornos

formales del pensamiento». Estos trastornos son, de hecho, el resultado de: «Una forma de actividad que implica la producción de lenguaje en situaciones de interacción o conversación, que puede realizarse en condiciones tanto monológicas como dialógicas, y que puede adoptar modalidades perceptivas igualmente diversas (por ejemplo, oral o escrita)» (Belinchón, Rivière e Igoa, 1992, p. 632). Esta es la definición de discurso.

Puede que estudiar la realización de tareas comunicativas no nos aleje radicalmente del estudio de las actividades de razonamiento y solución de problemas; pero nos obliga a contemplar cuestiones que, al estudiar estas últimas actividades, quedan en la sombra. La acción comunicativa puede ser una tarea, o un conjunto de tipos de tareas, que requiera algunas habilidades de las estudiadas por los investigadores de los fallos en el razonamiento, pero no todas. Como ha dicho Belinchón (1991):

Entre la decisión de comunicar algo (un mensaje) a alguien (un interlocutor) en una situación concreta y la conducta final de emisión de dicho mensaje, media un conjunto complejo de operaciones de procesamiento (...) que implica el concurso de información y habilidades de muy distinto tipo: información conceptual y pragmática general (sobre el mundo y la experiencia del sujeto en él, sobre el contexto inmediato o mediato de su discurso, sobre el interlocutor, sobre las reglas mismas que rigen los intercambios comunicacionales, etc.), información y habilidades específicamente lingüísticas (de tipo textual, sintáctico, morfológico y fonológico) que per mi ten la codificación de la estructura superficial, e información y habilidades relativas a la programación y ejecución motora de la conducta vocal (instrucciones fonoarticulatorias).

Desde luego, del mismo modo que para estudiar las deficiencias del razonamiento se puede usar el análogo de la producción 1 —hay un objetivo (una tarea), un procedimiento (el proceso de razonamiento o de búsqueda de solución del problema) y un producto (la creencia), para estudiar las deficiencias del discurso se puede usar ese mismo análogo— hay un objetivo (hacer algo a alguien: validar una aseveración, obtener una promesa, obtener un objeto o una manipulación...), un procedimiento (el del lenguaje) y un producto (la acción del destinatario). Se puede decir también que, del mismo modo que en una tarea de solución de problemas las actuaciones del protagonista van haciendo que la meta se acerque o se aleje, en el discurso ocurre lo mismo. Las acciones comunicativas de un sujeto obtienen como «producto» (como respuesta) acciones de otros sujetos que acercan o alejan al protagonista de la meta perseguida. Martin (1980) refiere el siguiente discurso de una persona que manifestaba trastornos del pensamiento: Pues me gustaría poder hablar o poner mis palabras al hablar con gente que se dé cuenta.

La diferencia entre las tareas habituales de solución de problemas y las tareas comunicativas es que en las habituales de solución de problemas el éxito no depende de los «planes», «intenciones» y «conocimientos» del material con el que se trabaja, mientras que en las tareas comunicativas sí. Por esa razón, cabe un tipo de estudios que no es pertinente en las tareas clásicas de solución de problemas: examinar la concatenación de las propuestas y respuestas de los participantes en la interacción comunicativa. En el siguiente apartado vamos a ver dos clases de definiciones: definiciones destinadas a permitir la evaluación del discurso de los individuos (uno a uno) y definiciones destinadas a permitir la evaluación del discurso producido entre varias personas en las conversaciones. El resto del capítulo lo dedicaremos a revisar los estudios que se han hecho sobre los trastornos formales del pensamiento entendiéndolos como trastornos ligados al fracaso en tareas comunicativas. Lo haremos viendo los estudios que se han hecho con un enfoque individual y los que se han hecho con el foco puesto en el diálogo, y tanto los que buscan obtener una perspectiva estática como los que buscan conseguir una perspectiva genética.

El delirio ocupa un lugar de honor en el concepto que habitualmente manejamos de locura, como acertadamente señaló Jaspers (1975). Y esto es así tanto para los psicopatólogos como para la

gente en general: si pidiéramos a una persona cualquiera que describiera su imagen prototípica de «un loco», es muy probable que nos dijera que es aquel que se cree Napoleón, o que afirma que le persiguen los marcianos. Es decir, señalaría a una persona que tiene un delirio. Pero esta confusión delirio-locura no sólo se produce en las ideas que la gente suele mantener, sino que también puede observarse en la misma historia del concepto de enfermedad mental, pues durante el siglo XVII el concepto de locura se basaba sobre todo en el de delirio, de tal modo que «estar loco» era igual a «tener delirios», y viceversa.

A esta confusión contribuyó, además de lo extraño y llamativo del fenómeno, el problema de las diferencias lingüísticas y el solapamiento entre «delirio» y «delirium». Como ha dicho Berrios (1991), la noción novecentista de los delirios conllevaba problemas complejos que provenían, entre otras cosas, de matizaciones difíciles de traducir de una lengua a otra. Así, por ejemplo, en el siglo XIX, el término francés (délire) se utilizaba tanto para denominar al síntoma (delirio) como al estado orgánico en el que muy a menudo éste se presentaba (delirium). Por su parte, el término alemán (wahn) se refería a delirio y a locura en general. Estas diferencias tuvieron importantes repercusiones históricas: por ejemplo, en la versión inglesa del texto de Pinel *A Treatise on Insanity*, publicado en 1806, el délire se interpretaba y traducía como delirium. Esto ha supuesto, entre otras cosas, que incluso actualmente existan diferencias semánticas entre delirio, delusion, whan o délire (Berrios, 1991), de tal manera que el término francés incluye connotaciones ideativas, emocionales y volitivas, mientras que el término inglés es un concepto esencialmente intelectualista.

Dejando al margen este tipo de problemas y sus importantes repercusiones conceptuales, lo cierto es que el tema de los delirios tiene una larga historia dentro de la psicopatología. Aunque la psicopatología de orientación anglosajona afirma que la conceptualización sistemática de los delirios comenzó con Jaspers y la escuela de Heidelberg, sin embargo, y como muy bien indica Berrios (1991), esta afirmación no es del todo cierta. Esta visión del delirio, que heredamos de la escuela de Heidelberg, se comenzó a formar dos siglos antes, si bien es cierto que cristalizó durante el siglo pasado y desde entonces los cambios habidos han sido escasos, al menos a un nivel conceptual.

Por ello no es de extrañar que, a pesar de tener una historia de casi tres siglos, los psicopatólogos no hayan podido responder por completo a los muy abundantes problemas que entraña el concepto de delirio. Como afirmábamos en otro lugar, a pesar de su larga historia nuestra comprensión del fenómeno, tanto en términos de etiología como de tratamiento, es por desgracia todavía muy escasa (Merino, Pascual y Belloch, 1991). Entre los obstáculos que han afectado a esta relativa ausencia de progreso habría que destacar, en primer lugar, los problemas asociados a su definición que, aún actualmente, continúa presentando dificultades importantes. Otro de los obstáculos ha sido, paradójicamente, la frecuencia de aparición de este trastorno, ya que los delirios están asociados con diversas y numerosas formas de psicopatología (Oltmanns y Maher, 1988). Esta situación, en vez de promover un estudio profundo de esta alteración, ha llevado a muchos clínicos a mantener que los delirios carecen de importancia desde el punto de vista diagnóstico, ya que son fenómenos accesorios que se desarrollarían como resultado de problemas más fundamentales. Como Oltmanns y Maher (1988) señalan de un modo muy ilustrativo, para estos clínicos el examen de las creencias delirantes sería tan útil como el estudio y clasificación de la fiebre. De hecho, tradicionalmente se ha enfatizado más la forma que el contenido del discurso perturbado que presentan los pacientes psicóticos (Winters y Neale, 1983). A ello contribuyó probablemente la obra de Bleuler (1942), pues al considerar que el trastorno formal del pensamiento (la ruptura de asociaciones) constituía el rasgo fundamental de la esquizofrenia, encauzó las investigaciones subsiguientes sobre este aspecto y no en los delirios propiamente dichos, puesto que para Bleuler eran secundarios y derivaban de los síntomas fundamentales.

1.12 Psicopatología del lenguaje

En los últimos años, todo lo relacionado con el lenguaje y la psicopatología del lenguaje ha experimentado un gran desarrollo. Es ésta un área prioritaria de investigación llena de desafíos y posibilidades para los diversos profesionales (médicos, psicólogos, pedagogos, logopedas, terapeutas del lenguaje, lingüistas, etc.) que habitualmente colaboran en el diagnóstico, tratamiento e investigación de los trastornos del lenguaje.

El desarrollo que sigue del tema contempla un enfoque multidisciplinar de la psicopatología del lenguaje. No obstante, según se ponga el énfasis en el sustrato neural o en la conducta lingüística, en un afán de explicar tanto el lenguaje normal como sus posibles alteraciones, podemos asumir que se adopta el llamado modelo médico o el modelo conductual, respectivamente (Crystal, 1983). Esta división entre modelo médico y modelo conductual, aun siendo una simplificación excesiva, puede servir como primera orientación para agrupar las muchas explicaciones halladas en la literatura sobre patología lingüística. Pero los modelos de la conducta lingüística son de hecho muchos (Bronckart, 1980; Carroll, 2006; Rieber y Vetter, 1995), ya que se han de multiplicar según que el acento recaiga en la relación de los trastornos con las estructuras neuronales, o bien en la especificación de los procesos o componentes lingüístico/cognitivos afectados, o en la propia situación de interacción comunicativa, o también combinando sustrato neural, componentes lingüístico/cognitivos y situación comunicativa.

Nuestra aproximación parte de exponer los principales trastornos del lenguaje que afectan a las personas, para pasar a continuación a describir las características de diversos cuadros psicopatológicos (retraso mental, autismo infantil, esquizofrenia, depresión, demencia, etc.) en los cuales las alteraciones del lenguaje juegan un papel importante. La división en producción y comprensión del lenguaje se hará notar en el desarrollo de toda la exposición, habida cuenta de su utilidad clasificatoria de los diversos síndromes y de su vinculación etiológica con disfunciones de los mecanismos motores (producción) y sensoriales (comprensión). Tales mecanismos al servicio de la comunicación (expresión-recepción) pueden mostrar su disfunción a nivel central (por ejemplo, en las afasias), pero en modo alguno se ha de olvidar que también existen trastornos con etiología periférica. A estas divisiones (primario-secundario, orgánico-funcional, central-periférico, evolutivo-adquirido, producción-comprensión) hay que añadir, además, las de los niveles o componentes lingüísticos, referidos tanto a los síndromes neuropsicológicos hallados en sujetos adultos como a los síndromes pertenecientes al nuevo y pujante campo de la neuropsicología infantil. Además, no conviene olvidar que el estudio multidisciplinar de las alteraciones del lenguaje forma parte de una evaluación integral de la persona (Aguilar, 2005).

UNIDAD II Trastorno bipolar y relacionados y Trastornos depresivos

El trastorno bipolar y los trastornos relacionados están, en el DSM-5, separados de los trastornos depresivos y situados entre el capítulo dedicado al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y el dedicado a los trastornos depresivos, en reconocimiento de su condición de puente entre las dos clases diagnósticas en términos de sintomatología, historia familiar y genética. Los diagnósticos incluidos en este capítulo son los de trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, y trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.

Los criterios del trastorno bipolar I representan la conceptualización moderna del clásico trastorno maníaco-depresivo o psicosis afectiva que se describió en el siglo XIX, diferenciándose de la descripción clásica sólo en que ni la psicosis, ni la experiencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida son requisitos. Sin embargo, la mayor parte de los individuos cuyos síntomas reúnen los criterios del episodio maníaco sindrómico completo también experimenta episodios depresivos mayores durante el curso de sus vidas.

El trastorno bipolar II, que requiere la presencia a lo largo de la vida de, al menos, un episodio de depresión mayor y, al menos, un episodio hipomaníaco, se ha dejado de considerar una afección "más leve" que el trastorno bipolar I, en gran parte por la cantidad de tiempo que los individuos con esta afección pasan con depresión y porque la inestabilidad del humor que experimentan se acompaña normalmente de un importante deterioro del funcionamiento laboral y social.

El diagnóstico de trastorno ciclotímico se realiza en los adultos que experimentan al menos 2 años (en niños, un año entero) de períodos tanto hipomaniacos como depresivos sin llegar a cumplir nunca los criterios del episodio de manía, hipomanía o depresión mayor.

Muchas sustancias de abuso, algunas medicaciones y varias afecciones médicas se pueden asociar a fenómenos similares a la manía. Este hecho se reconoce en los diagnósticos de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, y trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica.

El reconocimiento de que muchos individuos, en particular niños, y en menor medida adolescentes experimentan fenómenos similares a cuadros bipolares que no cumplen los criterios del trastorno bipolar I, bipolar II o ciclotímico se refleja en la disponibilidad de la categoría de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado. De hecho, en la Sección III se proporcionan criterios específicos para el trastorno de hipomanía de corta duración, con la esperanza de fomentar un mayor estudio de este trastorno.

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Al contrario que en el DSM-IV, este capítulo de "Trastornos depresivos" se ha separado del capítulo anterior "Trastorno bipolar y trastornos relacionados". El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Para abordar las dudas sobre la posibilidad de que el trastorno bipolar se diagnostique y trate excesivamente en los niños, se ha añadido un nuevo diagnóstico, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se refiere a la presentación de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en los niños de hasta 12 años de edad. Su localización en este capítulo refleja el hallazgo de que los niños con este patrón sintomático desarrollan trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, más que trastornos bipolares, al pasar a la adolescencia y la edad adulta.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo. Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5, incluye las categorías del DSM-IV de depresión mayor crónica y de distimia. Tras una revisión a fondo de los datos científicos disponibles, se ha trasladado el trastorno disfórico premenstrual de un apéndice del DSM-IV ("Conjunto de criterios y de ejes para un estudio posterior") a la Sección II

del DSM-5. Casi 20 años de investigación sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación, y que tiene un impacto funcional importante.

Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Este hecho se reconoce en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica.

2.1 Trastorno bipolar I

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

El rasgo esencial de un episodio maníaco es un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal o persistente de la actividad o la energía que está presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 1 semana (o de cualquier duración si se requiere hospitalización), acompañado de al menos tres síntomas adicionales del Criterio B. Si el estado de ánimo es irritable más que elevado o expansivo, deben presentarse al menos cuatro síntomas del Criterio B.

El estado de ánimo en un episodio maníaco se suele describir como eufórico, excesivamente alegre, alto o "sintiéndose por encima del mundo". En algunos casos, el estado de ánimo es de tal manera contagioso que se reconoce fácilmente como excesivo y puede caracterizarse por un entusiasmo ilimitado y caótico en las relaciones interpersonales, sexuales u ocupacionales. Por ejemplo, el individuo puede comenzar de modo espontáneo largas conversaciones en público con extraños. Con frecuencia, el estado de ánimo predominante es más irritable que elevado, sobre todo cuando se niegan los deseos del individuo o si éste ha estado consumiendo sustancias. Pueden aparecer cambios rápidos en el estado de ánimo durante breves períodos de tiempo, lo que recibe el nombre de labilidad (p. ej., la alternancia entre euforia, disforia e irritabilidad). En los niños, la alegría, la tontería y la "bobería" son normales en el contexto de circunstancias especiales; sin embargo, si estos síntomas son recurrentes, inapropiados para el contexto y van más allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, deben cumplir el Criterio A. La certeza diagnóstica aumenta si la alegría no es normal para el niño (p. ej., diferente de la habitual) y el cambio del estado de ánimo ocurre al mismo tiempo que los síntomas que cumplen el Criterio B de manía; sin embargo, el cambio del estado de ánimo debe acompañarse de un aumento persistente en los niveles de actividad o energía que sea evidente para aquellos que conocen bien al niño.

Durante el episodio maníaco, el individuo puede implicarse en muchos proyectos nuevos y solapados. Los proyectos se inician habitualmente con poco conocimiento sobre la materia y parece que no hay nada que esté fuera del alcance del individuo. Los niveles elevados de actividad se pueden presentar a horas intempestivas del día.

Normalmente se encuentra una autoestima elevada que va desde la autoconfianza carente de crítica hasta una marcada grandiosidad que puede alcanzar dimensiones delirantes (Criterio B1). A pesar de no tener un talento especial o experiencia, el individuo se embarca en tareas complicadas, como escribir una novela o buscar publicidad para un invento inútil. Los delirios de grandeza (p. ej., sobre una relación especial con alguien famoso) son frecuentes. Los niños sobrestiman normalmente sus habilidades y están convencidos, por ejemplo, de que son los mejores en un deporte o los más listos de la clase; sin embargo, el criterio de grandiosidad se debería considerar satisfecho cuando ese convencimiento sigue presente a pesar de existir

pruebas claras de lo contrario o si el niño intenta una hazaña que es claramente peligrosa y, lo que es más importante, si ésta representa un cambio en la conducta habitual del niño.

Uno de los rasgos más frecuentes es una menor necesidad de sueño (Criterio 132) que es distinta del insomnio, en el que el individuo quiere dormir o siente la necesidad de dormir pero no puede. El individuo duerme poco, si es que duerme, o se despierta varias horas antes de lo habitual, sintiéndose descansado y lleno de energía. Cuando la alteración del sueño es grave, el individuo puede estar varios días sin dormir y, sin embargo, no sentirse cansado. A menudo una menor necesidad de sueño avisa del comienzo de un episodio maníaco.

El lenguaje puede ser rápido, con apremio, chillón y difícil de interrumpir (Criterio B3). Los individuos pueden hablar continuamente y sin consideración hacia los deseos de hablar de los demás y habitualmente lo hacen de forma intrusiva o sin preocupación por las repercusiones de lo que ha dicho. El discurso se caracteriza, a veces, por chistes, juegos de palabras, irrelevancias divertidas y teatralidad, con manierismos dramáticos, cantos y gestos excesivos. La voz alta y el impacto de lo que se dice con frecuencia son más importantes que lo que se dice. Si el estado de ánimo es más irritable que expansivo, el discurso puede caracterizarse por quejas, comentarios hostiles o ataques de ira, sobre todo si se intenta interrumpir al individuo. Tanto los síntomas del Criterio A como los del Criterio B pueden acompañarse de síntomas del polo opuesto (p. ej., depresivo) (véase el especificador "con rasgos mixtos", págs. 149-150).

Los pensamientos del individuo van a menudo más rápido de lo que puede expresar verbalmente (Criterio 134). Con frecuencia hay fuga de ideas, que se evidencia por un flujo del discurso casi continuo y acelerado que repentinamente se desplaza de un tema a otro. Cuando la fuga de ideas es grave, el discurso se vuelve desorganizado, incoherente y, en particular, estresante para el individuo. A veces se experimenta que existe tal acumulación de pensamientos que es difícil expresarlos. La distraibilidad (Criterio B5) se evidencia por incapacidad para ignorar los estímulos ambientales externos (p. ej., la vestimenta del entrevistador, los ruidos o conversaciones de fondo, el mobiliario de la estancia), lo que impide a menudo que los sujetos con manía puedan mantener una conversación racional o atender a instrucciones.

El aumento de la actividad con fines concretos suele consistir en una excesiva planificación y participación en múltiples actividades, incluidas las actividades sexuales, ocupacionales, políticas y religiosas. Se produce un aumento del impulso sexual, de las fantasías y de las conductas sexuales. Los individuos con episodio maníaco presentan una mayor sociabilidad (p. ej., recuperan antiguos conocidos o llaman o contactan con amigos o incluso con extraños), sin importarles la naturaleza intrusiva, dominante y exigente de las relaciones. A menudo presentan agitación psicomotriz o inquietud (p. ej., actividad sin objetivo) al mantener múltiples conversaciones a la vez. Algunos individuos escriben demasiadas cartas o correos electrónicos, mensajes de texto, etc., a amigos, personajes públicos o medios de comunicación sobre muchos asuntos diferentes.

El criterio de aumento de la actividad puede ser difícil de reconocer en los niños; sin embargo, un niño que realiza muchas actividades a la vez, que comienza a idear planes elaborados y poco realistas sobre proyectos, y que desarrolla preocupaciones sexuales previamente ausentes e inadecuadas para su desarrollo (que no sean explicables por el abuso sexual o por la exposición a material de contenido sexual explícito) cumpliría el Criterio B sobre la base del juicio clínico. Es imprescindible determinar si la conducta supone un cambio respecto de la conducta habitual del niño, si ocurre la mayor parte del día, casi todos los días, para cumplir el requisito temporal, y si ocurre al mismo tiempo que otros síntomas de manía.

El humor expansivo, el exceso de optimismo, la grandiosidad y la falta de juicio a menudo llevan a realizar actividades imprudentes, como gastos excesivos, el regalo de las posesiones, la

conducción temeraria, inversiones insensatas en negocios y una promiscuidad sexual que es inusual para el individuo, aunque estas actividades probablemente tengan repercusiones catastróficas (Criterio B7). El individuo puede comprar muchas cosas innecesarias sin tener dinero para pagarlas y, en algunos casos, las regala. La conducta sexual puede conllevar infidelidades o encuentros indiscriminados con extraños, a menudo sin considerar el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual o sin tener en cuenta las consecuencias interpersonales.

El episodio maníaco puede suponer una marcada alteración del funcionamiento social u ocupacional o requerir hospitalización para prevenir que el individuo se haga daño a sí mismo o a los demás (p. ej., pérdidas financieras, actividades ilegales, pérdida del empleo, conducta autolítica). Por definición, la presencia de rasgos psicóticos durante un episodio maníaco también cumple el Criterio C.

Los síntomas maníacos o los síndromes que son atribuibles a los efectos fisiológicos de una droga de abuso (p. ej., en el contexto de una intoxicación por cocaína o por anfetaminas), a los efectos secundarios de medicaciones o tratamientos (p. ej., esteroides, L-dopa, antidepresivos, estimulantes), o a otras afecciones médicas no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar. Sin embargo, un episodio de síndrome maníaco completo que se presenta durante un tratamiento (p. ej., con medicaciones, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica), o el consumo de drogas, y que persiste más allá de los efectos fisiológicos del agente inductor (p. ej., después de que se elimine totalmente la medicación del organismo del individuo o cuando se hayan disipado completamente los efectos de la terapia electroconvulsiva) es suficiente evidencia para el diagnóstico de episodio maníaco (Criterio D). Hay que tener cuidado, ya que uno o dos síntomas (en particular el aumento de la irritabilidad, la crispación o la agitación tras el uso de antidepresivos) no son suficientes para el diagnóstico de un episodio maníaco o hipomaníaco, ni necesariamente indican que exista susceptibilidad para el trastorno bipolar. Es necesario reunir los criterios del episodio maníaco para hacer el diagnóstico de trastorno bipolar I, pero no se requiere tener episodios hipomaníacos o depresivos. Sin embargo, pueden preceder o seguir a un episodio maníaco. La descripción completa de las características diagnósticas del episodio hipomaníaco puede encontrarse en el texto del trastorno bipolar II, y las características del episodio depresivo mayor se describen dentro del texto del trastorno depresivo mayor.

2.2 Trastorno bipolar I. Episodio maníaco, hipomaniaco y depresivo

Episodio maniaco

Criterios diagnósticos

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica. Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar 1.

Nota: Los Criterios A—D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio hipomaniaco

Criterios diagnósticos

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro 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 actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

E El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento). Nota: Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos

síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A-F constituyen un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio de depresión mayor

Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos 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 de placer.

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

2.3 Trastorno bipolar II

El trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivos recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor (Criterios A—C en "Episodio de depresión mayor") y, al menos, un episodio hipomaníaco (Criterios A—F en "Episodio hipomaníaco"). El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaníaco debe durar al menos 4 días para que se cumplan los criterios diagnósticos. Durante el episodio afectivo, los síntomas requeridos para el diagnóstico deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, y deben suponer un cambio apreciable del funcionamiento y la

conducta habituales del sujeto. La presencia de un episodio maníaco durante el curso de la enfermedad descarta el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio B en "Trastorno bipolar II"). Los episodios de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, de trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados (que suponen los efectos fisiológicos de una medicación, de otro tratamiento somático para la depresión, de una droga de abuso o de la exposición a tóxicos), de trastorno depresivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, o de trastorno bipolar o trastornos relacionados debidos a otra afección médica no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar II a menos que persistan más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento o la sustancia y si se cumple el criterio de duración del episodio. Además, los episodios no pueden explicarse mejor mediante el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos al diagnóstico de esquizofrenia, de trastorno esquizofreniforme, de trastorno delirante o de otros trastornos especificados o sin especificar del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (Criterio C en "Trastorno bipolar II"). Los episodios depresivos o las fluctuaciones hipomaníacas deben causar un malestar clínicamente significativo o una alteración del rendimiento social, laboral o en otras áreas (Criterio D en "Trastorno bipolar II"); sin embargo, este requisito no se tiene que cumplir para los episodios hipomaníacos. Un episodio hipomaníaco que causara una alteración significativa reuniría probablemente más condiciones para el diagnóstico de episodio maníaco y, por tanto, para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Los episodios depresivos mayores recurrentes son más frecuentes y más prolongados que los que aparecen en el trastorno bipolar I. Los pacientes con trastorno bipolar II normalmente acuden al facultativo durante un episodio depresivo mayor y es poco probable que se quejen inicialmente de síntomas de hipomanía. Normalmente, los episodios hipomaníacos no causan por sí mismos disfunción. En cambio, la disfunción es consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón persistente de cambios impredecibles y fluctuantes del estado de ánimo y de un patrón de relaciones interpersonales o laborales poco fiables.

Los pacientes con trastorno bipolar II puede que no vean los episodios hipomaníacos como patológicos o desfavorables, aunque el comportamiento errático del individuo pueda molestar a otras personas.

Con frecuencia es útil la información clínica que aportan otros informantes, como amigos cercanos o familiares, para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II.

No debería confundirse el episodio hipomaníaco con los días de eutimia con recuperación de la energía o la actividad que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. A pesar de las diferencias sustanciales de duración y gravedad entre un episodio maníaco y uno hipomaníaco, el trastorno bipolar II no es una forma leve de trastorno bipolar I. En comparación con los pacientes con trastorno bipolar I, los pacientes con trastorno bipolar II presentan mayor cronicidad y pasan, de promedio, más tiempo en la fase depresiva de su enfermedad, lo que puede resultar grave y discapacitante. En las personas con trastorno bipolar II, sobre todo en las mujeres, son frecuentes los síntomas depresivos que aparecen durante los episodios hipomaníacos y los síntomas hipomaníacos que se presentan durante los episodios depresivos, concretamente la hipomanía con rasgos mixtos. Los pacientes que presentan hipomanía con rasgos mixtos puede que no reconozcan sus síntomas como de hipomanía. En vez de ello, los experimentan como una depresión con aumento de energía o irritabilidad

2.4 Trastorno bipolar II. Episodio hipomaniaco y depresivo

Episodio hipomaniaco

Criterios diagnósticos

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro 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 síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento). Nota: Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indican necesariamente una diátesis bipolar.

Episodio de depresión mayor

Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos 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 de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a una afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

2.5 Trastorno ciclotímico

El rasgo principal del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntomas depresivos que son distintos entre sí. Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio hipomaníaco, y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor. Durante los dos primeros años (un año en el caso de los niños o los adolescentes), los síntomas deben ser persistentes (presentes la mayor parte de los días), y ningún intervalo libre de síntomas debe durar más de dos meses. Se realiza el diagnóstico de trastorno ciclotímico sólo si no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco. Si un paciente con trastorno ciclotímico presenta posteriormente (p. ej., tras los dos primeros años en los adultos o un año en los niños y los adolescentes) un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, se cambia el diagnóstico por el de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I u otro trastorno bipolar especificado o sin especificar y trastornos relacionados (subclasificado como episodio hipomaníaco sin episodio depresivo mayor anterior), respectivamente, y se descarta el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

No se debe diagnosticar el trastorno ciclotímico si el patrón de los cambios de humor se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado o sin especificar o por otros trastornos psicóticos, en cuyo caso los síntomas afectivos se considerarían rasgos asociados al trastorno psicótico. Además, no se debería poder atribuir la alteración del estado de ánimo a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). Aunque algunos pacientes puedan tener una funcionalidad preservada durante algunos períodos de hipomanía, debería haber, a lo largo del curso del trastorno, una alteración o afectación clínicamente significativa en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento como resultado de la alteración del estado de ánimo. El deterioro se desarrolla como resultado de los períodos prolongados de cambios de

humor cíclicos y a menudo impredecibles (p. ej., se le considera al sujeto temperamental, de carácter variable, impredecible, incoherente o poco fiable).

Criterios diagnósticos

A. Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaniaco, y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

B. Durante el período de dos años citado anteriormente (un año en niños y adolescentes), los períodos hipomaniacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos. C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maniaco o hipomaniaco.

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.6 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). Deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) en al menos un año y en al menos dos ambientes, como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfadado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño.

Se debe distinguir cuidadosamente la presentación clínica del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo 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 añadió al DSM-5 para abordar las grandes dudas sobre la inapropiada clasificación y tratamiento de los niños que presentan irritabilidad crónica persistente frente a los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (p. ej., episódico). En los niños, algunos investigadores consideran la irritabilidad grave no episódica como una característica del trastorno bipolar, aunque tanto el DSM-IV como el DSM-5 exigen, para reunir las condiciones para el diagnóstico de trastorno bipolar I, que tanto los niños como los adultos presenten episodios delimitados de manía o hipomanía. Durante las últimas décadas del siglo XX, esta discusión entre los investigadores, de que la irritabilidad grave y no episódica es una manifestación de manía pediátrica, coincidió con un aumento significativo de las tasas con que los clínicos diagnosticaban el trastorno bipolar a sus pacientes pediátricos. Este aumento abrupto en las tasas de diagnóstico parece atribuirse a que los clínicos combinaban al menos dos presentaciones clínicas en una sola categoría. Es decir, que se habían etiquetado como trastorno bipolar en los niños tanto las presentaciones clásicas episódicas de manía como las presentaciones no episódicas de irritabilidad grave. En el DSM-5, el término trastorno bipolar se reserva explícitamente para las presentaciones episódicas de los síntomas bipolares. El DSM-IV no tenía ningún diagnóstico

pensado para diagnosticar a los jóvenes cuyos síntomas distintivos consistían en una irritabilidad muy marcada y no episódica, mientras que el DSM-5, con la inclusión del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, ha aportado una categoría diferente para tales presentaciones.

Criterios diagnósticos

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D. F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

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 de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

2.7 Trastorno de depresión mayor

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen

fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes, pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante.

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado.

El ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "por los suelos". En algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, pero ésta se puede reconocer posteriormente a través de la entrevista (p. ej., al señalar que parece que el sujeto está a punto de llorar). En algunos pacientes que se quejan de sentirse "sosos", sin sentimientos, o que se sienten ansiosos se podría deducir la presencia de un ánimo deprimido a partir de la expresión facial del paciente y de su conducta. Algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y sufrimientos corporales) en lugar de manifestar sentimientos de tristeza. Muchos pacientes refieren o presentan un aumento de la irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con accesos de ira o culpabilizando a los otros, o un exagerado sentido de la frustración por acontecimientos menores). En los niños y los adolescentes aparece un ánimo irritable o malhumorado más que un ánimo triste o abatido. Esta forma de presentación debería diferenciarse de los patrones de irritabilidad ante la frustración.

Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los hobbies, "que no les importan", o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras. Los familiares notan a menudo un mayor aislamiento social o el abandono de los pasatiempos con los que disfrutaban (p. ej., el que había sido un ávido jugador de golf deja de jugar, o un niño que solía disfrutar del fútbol se excusa para no practicarlo). En algunos pacientes, en comparación con los niveles previos, existe una reducción significativa del interés o del deseo sexual.

La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. Algunos pacientes deprimidos refieren que tienen que forzarse para comer. Otros pueden comer más y pueden tener ansia por determinadas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando los cambios del apetito son graves (en cualquier dirección), hay una pérdida o ganancia significativa de peso, y en los niños no se alcanza la ganancia ponderal esperada.

Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo. Cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio (p. ej., el paciente se despierta a lo largo de la noche y tiene dificultades para volver a dormir). También puede existir insomnio precoz (p. ej., dificultad para quedarse dormido). Los pacientes que presentan un exceso de sueño (hipersomnia) pueden presentar períodos de sueño prolongado

durante la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, el motivo que lleva al paciente a buscar tratamiento son las alteraciones del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen la agitación (p. ej., la incapacidad para sentarse y estar quieto, caminar de un lado a otro, retorcerse las manos, o tocarse o frotarse la piel, la ropa u otros objetos) y la lentificación (p. ej., discurso, pensamiento y movimientos corporales ralentizados, aumento de las pausas antes de contestar, disminución del volumen, la inflexión, la cantidad o la variedad del contenido del discurso, o mutismo). La agitación y el retardo psicomotor deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otras personas y no deberían representar únicamente sensaciones subjetivas.

Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga mantenida sin haber realizado ningún esfuerzo físico. Incluso las tareas más pequeñas parecen requerir un esfuerzo considerable. Es posible que se reduzca la eficiencia con la que se realizan las tareas. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que lavarse y vestirse por las mañanas resulta extenuante y requiere el doble de tiempo de lo habitual.

El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado. Estos pacientes a menudo malinterpretan los acontecimientos diarios neutros o triviales como si probasen los propios defectos personales y tienen un exagerado sentido de la responsabilidad hacia los acontecimientos inapropiados. La sensación de inutilidad o de culpa puede alcanzar proporciones delirantes (p. ej., el paciente está convencido de que es personalmente responsable de la pobreza en el mundo). Es muy frecuente que el paciente se culpe a sí mismo de estar enfermo y de fracasar en sus responsabilidades laborales o interpersonales como consecuencia de la depresión, pero esta actitud, a menos que sea delirante, no se considera suficiente para cumplir este criterio.

Muchos pacientes refieren incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones. Pueden parecer fácilmente distraíbles o se quejan de problemas de memoria. Aquellos pacientes involucrados en actividades con una gran demanda cognitiva son a menudo incapaces de llevarlas a cabo. En los niños, un descenso abrupto de las notas puede reflejar poca concentración. En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia ("pseudodemencia"). Cuando el episodio depresivo se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos pacientes, especialmente en los ancianos, un episodio depresivo mayor puede ser a veces la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio. Éstos pueden incluir desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio.

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumar el suicidio. Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. ej., cáncer, infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales (p. ej., la pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o en el posparto). Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración o la indecisión, y los pensamientos de suicidio. Las definiciones de episodios de depresión mayor que se han modificado para incluir sólo esos síntomas no vegetativos parecen identificar casi los mismos pacientes que cuando se utilizan todos los criterios.

Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

2.8 Episodio depresivo persistente (distimia)

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes. En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos". Durante los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas del Criterio B. Como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano (p. ej., "siempre he sido así"), es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. Durante el período de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses.

Criterios diagnósticos

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento

durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado

2.9 Trastorno disfórico premenstrual

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el período menstrual. Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico. Los síntomas son de gravedad (pero no de duración) comparable a la observada en otros trastornos mentales, como el episodio depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

Criterios diagnósticos

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnias o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.

7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

E El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

2.10 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

Las características diagnósticas del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia. El trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al mismo conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio. Además, el diagnóstico no se debe explicar mejor por un trastorno depresivo independiente. Prueba la presencia de un trastorno depresivo independiente que el trastorno depresivo haya precedido al comienzo del consumo o de la abstinencia de la sustancia, que el trastorno depresivo persista más allá de un período sustancial de tiempo tras el cese del uso de la sustancia, y los demás datos que sugieran la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos. No se debe hacer este diagnóstico cuando los síntomas aparezcan exclusivamente durante el curso de un delirium. El trastorno depresivo asociado al consumo, la intoxicación o la abstinencia de una sustancia debe causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento para reunir las condiciones para este diagnóstico.

Algunos medicamentos (p. ej., los estimulantes, los esteroides, la L-dopa, los antibióticos, los fármacos del sistema nervioso central, los agentes dermatológicos, los fármacos quimioterápicos, los agentes inmunológicos) pueden inducir alteraciones anímicas depresivas. El juicio clínico es fundamental para determinar si el medicamento se asocia verdaderamente a la inducción de un trastorno depresivo o si ha aparecido un trastorno depresivo primario mientras la persona estaba tomando el tratamiento. Por ejemplo, un trastorno depresivo que se desarrolla dentro de las primeras semanas después de comenzar un tratamiento con alfa-metildopa (un agente antihipertensivo) en un paciente sin antecedentes de trastorno depresivo mayor reuniría las condiciones para el diagnóstico de trastorno depresivo inducido por medicamentos. En algunos casos, un trastorno establecido previamente (p. ej., un trastorno depresivo mayor recurrente) puede recurrir casualmente mientras el paciente está tomando un medicamento que tiene la capacidad de causar síntomas depresivos (p. ej., la L-dopa, los anticonceptivos orales). En tales casos, el clínico debe juzgar si el medicamento es el causante de esa situación particular.

El trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distingue de los trastornos depresivos primarios teniendo en cuenta el comienzo, el curso y otros factores asociados al consumo de sustancias. La historia clínica, el examen físico o las pruebas de laboratorio deben arrojar datos que prueben la existencia de consumo, abuso, intoxicación o abstinencia de alguna sustancia antes del comienzo del trastorno depresivo. El estado de abstinencia de algunas sustancias se puede alargar relativamente y, por tanto, es posible que los síntomas depresivos intensos permanezcan durante un largo período tras cesar su consumo.

Criterios diagnósticos

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.11 Trastorno depresivo debido a otra afección médica

El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico) y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica. Para determinar si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de una afección médica general. Además, el clínico debe establecer que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico. Se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico. Aunque no hay guías clínicas infalibles para determinar si la relación entre la alteración del ánimo y la afección médica es etiológica, algunas consideraciones sirven de guía en esta área. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el comienzo, la exacerbación o la remisión de la afección médica general y la alteración del ánimo. Una segunda consideración es la presencia de rasgos que son atípicos en los trastornos del ánimo primarios (p. ej., una edad atípica de comienzo, un curso atípico o ausencia de historia familiar). Los datos científicos de la bibliografía que sugieren que podría existir una asociación directa entre la afección médica general en cuestión y el desarrollo de síntomas afectivos podrían ser útiles como contexto para la evaluación de cada situación concreta.

Criterios diagnósticos

- A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno 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 de estrés es una afección médica grave).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

UNIDAD III Trastorno obsesivo compulsivo, relacionados con traumas y factores de estrés y disociativos.

En el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados se incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (rascarse la piel), el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados, y otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados (p. ej., trastornos de conductas repetitivas centradas en el cuerpo, celos obsesivos).

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 y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de

acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. Los otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados también se caracterizan por preocupaciones y por conductas repetitivas o actos mentales en respuesta a las preocupaciones. Los otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados se caracterizan principalmente por conductas repetitivas centradas en el cuerpo (p. ej., tirarse del pelo, pellizcarse la piel) e intentos de disminuir o detener estas conductas repetitivas.

La inclusión en el DSM-5 de un capítulo sobre los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados refleja la creciente evidencia de que estos trastornos están relacionados entre sí en términos de una serie de validadores diagnósticos, así como la utilidad clínica de la agrupación de estos trastornos en el mismo capítulo. Los clínicos deben tratar de detectar estas afecciones en individuos que presentan ya alguna de ellas y estar al tanto de las coincidencias entre estas enfermedades. Al mismo tiempo, existen diferencias importantes en los validadores diagnósticos y métodos de tratamiento de todos estos trastornos. Por otra parte, hay una estrecha relación entre los trastornos de ansiedad y algunos de los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados (p. ej., TOC), lo que se refleja en la secuencia de capítulos del DSM-5, con el capítulo de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados siguiendo al de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados difieren del desarrollo normal en que las preocupaciones y rituales son más excesivos o persistentes que lo normal para esa etapa del desarrollo. La distinción entre la presencia de síntomas subclínicos y un trastorno clínico requiere la evaluación de un cierto número de factores, incluidos el nivel de angustia del individuo y el deterioro en el funcionamiento.

El capítulo comienza con el TOC. Luego trata el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de acumulación, que se caracterizan por síntomas cognitivos tales como defectos percibidos en la apariencia física o la necesidad percibida de salvar sus pertenencias personales, respectivamente.

El capítulo después cubre la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (rascarse la piel), que se caracterizan por comportamientos repetitivos y recurrentes centrados en el cuerpo. Finalmente, se describe el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, y otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados y los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados.

Mientras que el contenido específico de las obsesiones y las compulsiones varía entre los individuos, ciertas dimensiones de los síntomas del TOC son comunes, como los síntomas de limpieza (las obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza), la simetría (obsesiones de simetría y repetición, compulsiones de contar y de orden) y los pensamientos tabú o prohibidos (p. ej., de agresión, sexuales, y obsesiones y compulsiones relacionadas con la religión) y de daño (p. ej., el temor a hacerse daño a uno mismo o a otros y compulsiones de comprobación relacionadas). El especificador de tics relacionados con el TOC se utiliza cuando un individuo tiene una historia actual o pasada de un trastorno de tics.

El trastorno dismórfico corporal se caracteriza por la preocupación por uno o más defectos percibidos en la apariencia física que no son observables o sólo se aprecian ligeramente y por conductas repetitivas (p. ej., comprobaciones en el espejo, arreglo personal excesivo, rascarse la piel o la búsqueda excesiva de informaciones tranquilizadoras) o actos mentales (p. ej., comparar la apariencia de uno mismo con la de otras personas) en respuesta a las preocupaciones sobre el aspecto. No debe diagnosticarse el trastorno dismórfico corporal si la preocupación se limita a

preocupaciones sobre el peso o la grasa corporal, como en los trastornos de la conducta alimentaria. La dismorfia muscular es una forma de trastorno dismórfico corporal que se caracteriza por la creencia de que la propia estructura corporal es demasiado pequeña o no es lo suficientemente musculosa.

El trastorno de acumulación se caracteriza por la persistente dificultad de renunciar o separarse de posesiones, independientemente de su valor real, como consecuencia de una fuerte necesidad percibida para conservar los objetos y evitar el malestar asociado a desecharlos. El trastorno de acumulación difiere de la recogida normal. Por ejemplo, los síntomas del trastorno de acumulación dan lugar al almacenamiento de un gran número de posesiones que saturan y perturban las zonas de vida activa en la medida en que su uso se ve sustancialmente comprometido. La forma de adquisición excesiva del trastorno de acumulación, que caracteriza a la mayoría pero no a todos los individuos con trastorno de acumulación, consiste en la recolección excesiva, la compra o el robo de artículos que no son necesarios o para los que no hay espacio disponible.

La tricotilomanía (o el trastorno de tirarse del pelo) se caracteriza por tirones recurrentes del pelo que dan lugar a una pérdida de cabellos y a repetidos intentos para disminuir o cesar dichos tirones. El trastorno de excoriación (rascarse la piel) se caracteriza por el rascado recurrente de la piel, lo que origina lesiones en la piel, y por repetidos intentos para disminuir o cesar el rascado de la piel. Las conductas repetitivas centradas en el cuerpo que caracterizan estos dos trastornos no son provocadas por obsesiones o preocupaciones; sin embargo, pueden ser precedidas o acompañadas de diversos estados emocionales, como sentimientos de ansiedad o aburrimiento. También pueden ir precedidas de una creciente sensación de tensión o pueden conducir a la gratificación, el placer o sensaciones de alivio cuando el pelo se arranca o la piel se daña. Las personas con estos trastornos pueden tener distintos grados de conocimiento consciente de su comportamiento, y mientras que algunos individuos participan en el mismo mostrando una atención más centrada en el comportamiento (por la tensión que precede y subsiguiente alivio), otros individuos exhiben un comportamiento más automático (los comportamientos parecen ocurrir sin conciencia plena).

El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos presentan síntomas que se deben a la intoxicación o abstinencia de tales sustancias o medicamentos. El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados debidos a otra afección médica implican síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y sus trastornos relacionados que son consecuencia fisiopatológica directa de un trastorno médico. Los otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados, y los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados presentan síntomas que no cumplen los criterios del trastorno obsesivo-compulsivo debido a su presentación atípica o de etiología incierta; estas categorías se utilizan también para otros síndromes específicos que no figuran en la Sección II y cuando la información disponible es insuficiente para diagnosticar otro trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno relacionado. Ejemplos de síndromes específicos que no figuran en la Sección y que, por lo tanto, son diagnosticados como otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados o como otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados son el trastorno de conductas repetitivas centradas en el cuerpo y los celos obsesivos.

Los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados que tienen componente cognitivo se sirven de la conciencia de enfermedad como base para sus especificadores; en cada uno de estos trastornos, la conciencia varía entre "conciencia correcta o buena", "conciencia pobre" y "conciencia ausente/creencias delirantes" con respecto a las creencias relacionadas con el

trastorno. En las personas con síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, para justificar el especificador como "conciencia ausente/ creencias delirantes", estos síntomas no deben ser diagnosticados como parte de un trastorno psicótico.

El trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio diagnóstico. Estos trastornos son el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación. La ubicación del presente capítulo refleja la estrecha relación entre estos diagnósticos y los trastornos de los capítulos vecinos que versan sobre los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, y los trastornos disociativos.

El malestar psicológico tras la exposición a un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunos casos, los síntomas se pueden entender dentro de un contexto basado en el miedo y la ansiedad. Está comprobado, sin embargo, que muchas personas que han estado expuestas a un evento traumático o estresante exhiben un fenotipo que muestra como su característica clínica más importante, en lugar de síntomas fundamentados en el miedo y la ansiedad, síntomas anhedónicos y disfóricos, exteriorizados como síntomas de enfado y hostilidad, o síntomas disociativos. Debido a esta diversidad de expresiones del malestar clínico tras la exposición a sucesos catastróficos o aversivos, los trastornos mencionados anteriormente se han agrupado en una categoría aparte: trauma y trastornos relacionados con factores de estrés. Además, no es infrecuente que el cuadro clínico muestre alguna combinación de los síntomas antes mencionados (con o sin síntomas basados en el miedo o la ansiedad). Esta imagen tan heterogénea se ha reconocido también hace tiempo en los trastornos de adaptación. La negligencia social —es decir, la ausencia de un cuidado adecuado durante la infancia— es un requisito para el diagnóstico de trastorno de apego reactivo y de trastorno de relación social desinhibida. Aunque los dos trastornos comparten una etiología común, el primero se expresa como un trastorno de la internalización de los síntomas depresivos y por comportamientos de retraimiento, mientras que el segundo está marcado por la desinhibición y el comportamiento de externalización.

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. En este capítulo se incluyen el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa, el trastorno de despersonalización/ desrealización, otro trastorno disociativo especificado y el trastorno disociativo no especificado.

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 se caracteriza por una incapacidad para recordar información autobiográfica. 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). Aunque algunos individuos con amnesia se dan cuenta rápidamente del "tiempo perdido" o del vacío en su memoria, la mayoría de los individuos con trastornos disociativos es incapaz de reconocer sus amnesias. Para ellos, la conciencia de la amnesia se produce sólo cuando la identidad personal se pierde o cuando las circunstancias les hacen conscientes de que pierden información autobiográfica (p. ej., cuando descubren eventos que no pueden recordar o cuando los demás les hablan o preguntan acerca de estos eventos que no pueden recordar). Hasta el momento en que esto sucede, estos individuos presentan una "amnesia de su amnesia". La amnesia se experimenta como una característica esencial de la amnesia disociativa, los individuos normalmente presentan amnesia localizada o selectiva, y de forma más inusual, amnesia generalizada. La fuga disociativa es rara en las personas con amnesia disociativa, pero frecuente en el trastorno de identidad disociativo.

El trastorno de identidad disociativo se caracteriza por a) la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o de una experiencia de posesión, y b) episodios recurrentes de amnesia. La fragmentación de la identidad puede variar con la cultura (p. ej., las presentaciones en forma de posesión) y con las circunstancias. Por lo tanto, cada individuo puede experimentar discontinuidades en la identidad y la memoria que pueden no ser evidentes de inmediato para los demás o que pueden estar poco claras debido a los intentos para esconder la disfunción. El individuo con trastorno de la identidad disociativa presenta a) recurrentes e inexplicables intrusiones en su funcionamiento consciente y en el sentido de sí mismo (p. ej., voces, disociación de las acciones y del habla, pensamientos, emociones e impulsos intrusivos), b) alteraciones del sentido de sí mismo (p. ej., en actitudes, preferencias, y sensación de que su cuerpo o sus acciones no corresponden a sí mismo), c) cambios dispares de la percepción (p. ej., despersonalización o desrealización, como sentirse escindido de su cuerpo durante el episodio), y d) síntomas neurológicos funcionales intermitentes. El estrés a menudo produce exacerbaciones transitorias de los síntomas disociativos que los hacen más evidentes.

La categoría residual de otro trastorno disociativo especificado tiene siete ejemplos: los síntomas disociativos mixtos recurrentes o crónicos que se acercan, pero no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos para el trastorno de identidad disociativo, los estados disociativos secundarios al lavado de cerebro o la modificación del pensamiento, dos presentaciones agudas, de duración menor de un mes, de síntomas disociativos mixtos, uno de los cuales también está marcado por la presencia de síntomas psicóticos, y tres estados disociativos de un solo síntoma: el trance disociativo, el estupor disociativo o coma y el síndrome de Ganser (el individuo da respuestas aproximadas e inexactas).

3.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo

Los síntomas característicos del TOC son la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos (p. ej., de contaminación), imágenes (p. ej., de escenas violentas o terroríficas) o impulsos (p. ej., de apuñalar a alguien) de naturaleza repetitiva y persistente. Es importante destacar que las obsesiones no son placenteras ni se experimentan como voluntarias: son intrusivas y no deseadas, y causan malestar o ansiedad en la mayoría de los individuos. El individuo intenta ignorar o suprimir estas obsesiones (p. ej., evitando los factores desencadenantes o mediante la supresión del pensamiento) o neutralizarlas con otro pensamiento o acción (p. ej., la realización de una compulsión). Las compulsiones (o rituales) son conductas (p. ej., el lavado, la comprobación) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida. La mayoría de los individuos con TOC tiene tanto obsesiones como compulsiones. Las compulsiones se realizan típicamente en respuesta a una obsesión (p. ej., los pensamientos de contaminación que conducen a los rituales de lavado o, cuando algo es incorrecto, se produce una repetición de rituales hasta que se siente "correcto"). El objetivo es reducir la angustia provocada por las obsesiones o prevenir un acontecimiento temido (p. ej., enfermar). Sin embargo, estas compulsiones, o bien no están conectadas de forma realista con el evento temido (p. ej., disponer las cosas de forma simétrica para evitar el daño a un ser querido) o son claramente excesivas (p. ej., ducharse durante horas todos los días). Las compulsiones no se hacen por placer, aunque algunos individuos experimentan un alivio de la ansiedad o la angustia.

El Criterio B destaca que las obsesiones y las compulsiones deben consumir mucho tiempo (p. ej., más de una hora al día) o provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro para justificar un diagnóstico de TOC. Este criterio ayuda a distinguir la enfermedad de los pensamientos intrusivos ocasionales o de las conductas repetitivas, que son comunes en la población general (p. ej., un doble control de que una puerta está cerrada). La frecuencia y la gravedad de las obsesiones y compulsiones puede variar entre los individuos con TOC (p. ej., algunas personas tienen síntomas de leves a moderados, pueden pasar 1-3 horas por día obsesionadas o haciendo las compulsiones, mientras que otros tienen casi constantemente pensamientos intrusivos o compulsiones que pueden ser incapacitantes).

Criterios diagnósticos

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 el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. Nota: Los niños

de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoiación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer 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; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

3.2 Trastorno dismórfico corporal

Los individuos con trastorno dismórfico corporal (históricamente conocido como dismorfofobia) están preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes (Criterio A). La percepción de los defectos no es observable o sólo es apreciada levemente por los demás individuos. El espectro de preocupaciones va de "poco atractivo" o "no normal" a "horrible" o "como un monstruo". Las preocupaciones pueden centrarse en una o varias zonas del cuerpo, más comúnmente en la piel (p. ej., la percepción de acné, cicatrices, líneas, arrugas, palidez), el pelo (p. ej., "adelgazamiento" del pelo o "excesivo" vello facial o en el cuerpo) o la nariz (p. ej., el tamaño o la forma). Sin embargo, cualquier área del cuerpo puede ser el foco de preocupación (p. ej., los ojos, los dientes, el peso, el estómago, los pechos, las piernas, el tamaño o la forma de la cara, los labios, la barbilla, las cejas, los genitales). Algunos individuos están preocupados por la asimetría percibida de algunas áreas del cuerpo. Las preocupaciones son molestas, no deseadas, consumen mucho tiempo (en promedio, 3-8 horas por día) y, por lo general, son difíciles de resistir o de controlar.

En respuesta a la preocupación se llevan a cabo comportamientos o actos mentales (p. ej., la comparación) excesivos y repetitivos (Criterio B). El individuo se siente impulsado a realizar estas conductas, que no son placenteras y pueden aumentar su ansiedad y disforia. Estas conductas normalmente requieren bastante tiempo y son difíciles de resistir o de controlar. Los comportamientos comunes son: comparar la apariencia de uno mismo con la de otros individuos; una comprobación repetitiva de los defectos percibidos usando superficies reflectantes o bajo examen directo; una excesiva preparación (p. ej., peinado, estilo, afeitado, depilación, arranque del pelo); el disimulo del aspecto (p. ej., aplicando repetidamente maquillaje o cubriendo áreas que no les gustan con objetos tales como un sombrero, ropa, maquillaje o pelo); la comprobación de cómo se aprecian los defectos percibidos, tocando las partes que no les gustan para la comprobación; el levantamiento de pesas o el ejercicio excesivo, y la búsqueda de tratamientos cosméticos. Algunos individuos se broncean excesivamente (p. ej., para oscurecer la piel "pálida" o disminuir la percepción del acné), se cambian varias veces la ropa (p. ej., para esconder los defectos percibidos) o realizan compras compulsivas (p. ej., de productos de belleza). Es frecuente

rascarse la piel compulsivamente con el fin de mejorar la apariencia de los defectos percibidos, lo que puede causar daños en la piel, infecciones o ruptura de vasos sanguíneos. La preocupación debe causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, laboral o de otras áreas importantes del individuo (Criterio C); generalmente se presentan ambas cosas. El trastorno dismórfico corporal se debería diferenciar de los trastornos de la conducta alimentaria.

La dismorfia muscular es una forma de trastorno dismórfico corporal que ocurre casi exclusivamente en los varones y consiste en la preocupación por la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente magro o musculado. Las personas con esta forma del trastorno en realidad tienen un cuerpo normal o incluso muy musculoso. También pueden estar preocupados por áreas del cuerpo tales como la piel o el cabello. Una mayoría (pero no todos) realiza levantamiento de pesas, dieta o ejercicio de forma excesiva, a veces causándose daños corporales. Algunos utilizan esteroides anabolizantes androgénicos y otras sustancias potencialmente peligrosas para tratar de hacer que su cuerpo sea más grande y musculoso. El trastorno dismórfico corporal por poderes es una forma de trastorno dismórfico corporal en que los individuos se preocupan por defectos que perciben en la apariencia de otra persona.

La conciencia de enfermedad en relación con las creencias del trastorno dismórfico corporal puede variar de buena a ausente (p. ej., las creencias son delirantes si consisten en la plena convicción de que el aspecto percibido es exacto y no está distorsionado). De promedio, la conciencia de enfermedad es escasa y un tercio o más de los individuos tiene realmente un trastorno dismórfico corporal con creencias delirantes. Los individuos con trastorno dismórfico corporal con creencias delirantes tienden a tener una mayor morbilidad en algunas áreas (p. ej., en las tendencias suicidas), pero esto puede explicarse por la mayor gravedad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal cuando se acompaña de creencias delirantes.

Criterios diagnósticos

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, averse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria.

3.3 Trastorno de acumulación

La característica esencial del trastorno de acumulación son las dificultades persistentes para deshacerse o separarse de las posesiones, independientemente de su valor real (Criterio A). El término persistente indica una dificultad de larga duración en vez de las circunstancias de vida más transitorias que pueden conducir al desorden excesivo, como la herencia de bienes. La dificultad para deshacerse de las posesiones señaladas en el Criterio A se refiere a cualquier forma de descarte, incluyendo tirar, vender, regalar o reciclar. Las principales razones alegadas para estas dificultades se perciben en la utilidad, o el valor estético de los elementos, o en un fuerte apego sentimental a las posesiones. Algunas personas se sienten responsables del destino de sus bienes y, a menudo, hacen todo lo posible para evitar ser derrochadores. El temor a perder

información importante también es frecuente. Los objetos que se acumulan más comúnmente son periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico y papeles, pero prácticamente cualquier objeto se puede guardar. La naturaleza de los artículos no se limita a posesiones que la mayoría de la gente definiría como inútiles o de poco valor. Muchas personas recogen y guardan un gran número de cosas de valor, que a menudo se encuentran acumuladas mezcladas con otros elementos de menor valor.

Los individuos con trastorno de acumulación guardan voluntariamente sus posesiones y experimentan angustia cuando se enfrentan a la perspectiva de desecharlas (Criterio B). Este criterio enfatiza que el almacenaje de las posesiones es intencionado, lo que diferencia al trastorno de acumulación de otras formas de psicopatología que se caracterizan por la acumulación pasiva de artículos o por la ausencia de angustia cuando se deshacen de las posesiones.

Las personas que acumulan un gran número de artículos abarrotan y desordenan las zonas de vida activa imposibilitándolas para su uso previsto. Por ejemplo, es posible que el individuo no pueda cocinar en la cocina, dormir en su cama o sentarse en una silla. Cuando el espacio se puede utilizar, esto se hace sólo con una gran dificultad. El desorden se define como un gran grupo de objetos por lo general no relacionados o marginalmente relacionados apilados juntos de una manera desorganizada en espacios diseñados para otros fines (p. ej., mesas, suelo, pasillo). El criterio C incide en áreas "activas" de vida de la casa, en lugar de las zonas periféricas, como garajes, áticos o sótanos, que están a veces desordenados en los hogares de las personas sin trastorno de acumulación. Sin embargo, los individuos con trastorno de acumulación a menudo tienen posesiones que ocupan más que las zonas de vida activa y pueden ocupar e imposibilitar el uso de otros espacios, tales como vehículos, patios, lugares de trabajo y viviendas de amigos o familiares. En algunos casos, las zonas de vida pueden no estar alteradas gracias a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, limpiadores, autoridades locales). Las personas que han sido obligadas a limpiar sus casas todavía tienen un cuadro sintomático que cumple con los criterios para el trastorno de acumulación, puesto que la falta de desorden se debe a la intervención de terceros. El trastorno de acumulación contrasta con el comportamiento de recogida normal, el cual es organizado y sistemático, incluso si en algunos casos la cantidad real de bienes puede ser similar a la cantidad acumulada por un individuo con trastorno de acumulación. La recogida normal no produce el desorden, la angustia o el deterioro típico del trastorno de acumulación.

Los síntomas (p. ej., las dificultades de deshacerse y/o el desorden) deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en importantes ámbitos sociales, laborales o de otro tipo de funcionamiento, incluido el mantenimiento de un ambiente seguro para uno mismo y los demás. En algunos casos, sobre todo cuando hay poca conciencia de la enfermedad, el individuo puede referir la angustia y el deterioro que quizá experimente. Sin embargo, cualquier intento de deshacerse o de limpiar las posesiones por terceros tiene como resultado altos niveles de angustia.

Criterios diagnósticos

- A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.
- B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.
- C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las

zonas habitables están despejadas, sólo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).

D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).

E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi). E 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 de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el trastorno neurocognitivo mayor, disminución del interés en los trastornos del espectro autista).

3.4 Tricotilomanía

La característica esencial de la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo. El acto de arrancar el pelo puede afectar a cualquier región del cuerpo en la que crezca pelo; las localizaciones más frecuentes son el cuero cabelludo, las cejas y los párpados, mientras que los sitios menos comunes son el vello axilar, el facial, el púbico y el de las regiones perirectales. Es posible que los sitios donde se producen los tirones de pelo varíen con el tiempo. El acto de arrancarse el pelo puede aparecer en forma de episodios breves repartidos durante todo el día o en períodos menos frecuentes, pero más sostenidos, de horas de duración, y tales tirones de pelo pueden durar meses o años. El criterio A requiere que el acto de arrancarse el pelo dé lugar a una pérdida del mismo, aunque las zonas de donde se arranca el pelo pueden estar ampliamente distribuidas (p. ej., arrancarse pelos individuales en cada uno de los sitios) de tal manera que la pérdida de pelo puede no ser claramente visible. Por otra parte, los individuos pueden tratar de ocultar o camuflar la pérdida de pelo (p. ej., mediante el uso de maquillaje, bufandas o pelucas). Los individuos con tricotilomanía han llevado a cabo repetidos intentos para disminuir o detener el acto de arrancarse el pelo. El Criterio C indica que el tirarse del pelo provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de cualquier otra área de funcionamiento. El término malestar se refiere a los efectos negativos que pueden experimentar los individuos en el acto de arrancarse el pelo, como un sentimiento de pérdida de control, molestia y vergüenza. El deterioro significativo puede ocurrir en las diferentes áreas del funcionamiento (p. ej., social, laboral, académico y de ocio), en parte debido a la evitación del trabajo, la escuela u otras situaciones públicas.

Criterios diagnósticos

A. Arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida.

B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.

C. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., una afección dermatológica).

E. El hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal).

3.5 Trastorno de excoriación

La característica esencial del trastorno de excoriación (rascarse la piel) es el rascado recurrente de la propia piel. Los sitios más frecuentemente escogidos son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas eligen múltiples lugares del cuerpo. Las personas pueden rascarse la piel sana,

las irregularidades menores de la piel y las lesiones, como granos o callos, o las costras de anteriores rascados. La mayoría de los individuos lo realizan con sus uñas, aunque muchos utilizan pinzas, alfileres u otros objetos. Además del rascado de la piel puede haber frotamiento, presión, punción y mordedura de la piel. Los individuos con trastorno de excoriación a menudo pasan una cantidad significativa de su tiempo realizando comportamientos de rascado, a veces varias horas al día, y esta excoriación de la piel puede durar meses o años. El Criterio A requiere que rascarse la piel conduzca a lesiones en la piel, aunque las personas con este trastorno a menudo tratan de ocultar o camuflar dichas lesiones (p. ej., con el maquillaje o con la ropa). Los individuos con trastorno de excoriación han realizado repetidos intentos de disminuir o cesar el rascado de la piel. El Criterio C indica que el rascado de la piel provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento. El término malestar incluye los efectos negativos de la angustia que pueden experimentar las personas al rascarse la piel, como un sentimiento de pérdida de control, molestia y vergüenza. El deterioro significativo puede ocurrir en diferentes áreas de funcionamiento (p. ej., social, laboral, académica y de ocio), en parte debido a la evitación de situaciones sociales.

Criterios diagnósticos

- A. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.
- B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.
- C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. D. El daño 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 hecho de rascarse 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 o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

3.6 Trastorno obsesivo compulsivo y relacionados debido a otra afección médica

La característica clínica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados debidos a otra afección médica es la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos significativos y afines cuya mejor explicación es que son consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. Los síntomas pueden consistir en obsesiones prominentes, compulsiones, preocupaciones por la apariencia, acumulación, arrancarse el pelo, pellizcarse la piel o cualquier otra conducta repetitiva y centrada en el cuerpo. El juicio de si los síntomas se explicarían mejor por la afección médica asociada debería basarse en los indicios de la historia, el examen físico y los resultados de las analíticas. Además, se debería descartar que los síntomas no se puedan explicar mejor por otro trastorno mental. El diagnóstico no se establece si los síntomas obsesivo-compulsivos y afines aparecen únicamente durante el transcurso de un delirium. Los síntomas obsesivo-compulsivos y afines deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de cualquier otra área importante para el individuo.

Para determinar si los síntomas obsesivo-compulsivos y afines son atribuibles a otra afección médica, debería estar presente una afección médica destacada. Además, debería establecerse que los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados podrían estar etiológicamente vinculados con el estado de salud a través de algún mecanismo fisiopatológico y que ésta sería la mejor explicación de los síntomas en la persona afectada. Aunque no hay directrices infalibles para determinar si la relación entre el trastorno obsesivo-compulsivo con sus síntomas y la afección médica es etiológica, algunas consideraciones que podrían servir de guía en la elección de este diagnóstico serían la presencia de una clara asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o

la remisión de la afección médica y los síntomas obsesivo-compulsivos y afines, la presencia de características que son atípicas del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados primarios (p. ej., la edad atípica de inicio de los síntomas o un curso atípico) y las pruebas bibliográficas de que existe un mecanismo fisiológico conocido que causa los síntomas obsesivo-compulsivos y afines (p. ej., la lesión del núcleo estriado). Además, la perturbación no debería poder explicarse mejor por un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados primarios, un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos u otro trastorno mental.

Existe cierta controversia sobre si los trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados pueden ser atribuidos a una infección estreptocócica del Grupo A. La corea de Sydenham es la manifestación neurológica de la fiebre reumática, que a su vez se debe a una infección estreptocócica del Grupo A. La corea de Sydenham se caracteriza por una combinación de características motoras y no motoras. Las características no motoras son obsesiones, compulsiones, déficit de atención y labilidad emocional. Aunque las personas con corea de Sydenham pueden presentar las características no neuropsiquiátricas de la fiebre reumática aguda, como la carditis y la artritis, también pueden presentar síntomas similares a los del trastorno obsesivo-compulsivo; a estas personas se les debe diagnosticar de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado debido a otra afección médica.

Los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios de la infancia asociados a estreptococos del Grupo A (PANDAS) son otros de los trastornos autoinmunitarios posinfecciosos que se caracterizan por la aparición repentina de obsesiones, compulsiones y tics acompañados por diversos síntomas neuropsiquiátricos agudos en ausencia de corea, carditis o artritis después de una infección estreptocócica del Grupo A. Aunque existen toda una serie de pruebas que avalan la existencia de los PANDAS, este diagnóstico sigue siendo controvertido. En vista de esta controversia, aún vigente, la descripción de los PANDAS se ha modificado con el fin de eliminar los factores etiológicos y designar una entidad clínica más amplia: el síndrome neuropsiquiátrico de comienzo agudo en la infancia (PANS) o síntomas neuropsiquiátricos agudos e idiopáticos de la niñez (CANS), merecedora de mayor estudio.

Criterios diagnósticos

- A. Las obsesiones, compulsiones, preocupaciones por el aspecto, acumulación, rascarse la piel, arrancarse el pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis 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.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

3.7 Trastorno de apego reactivo

El trastorno de apego reactivo de la lactancia o la primera infancia se caracteriza por un patrón de conductas de apego notablemente alterado e inadecuado para el desarrollo, en el que el niño raramente recurre a una figura de apego para su comodidad, apoyo, protección y crianza. La característica esencial es la ausencia de apego o un apego muy poco desarrollado entre el niño y sus presuntos cuidadores adultos. Se piensa que los niños con trastorno de apego reactivo tienen la capacidad de crear apegos selectivos. Sin embargo, dadas las oportunidades limitadas durante

el desarrollo temprano, los niños no muestran manifestaciones de apego selectivo. Es decir, cuando tienen problemas, no muestran intentos coherentes de obtener consuelo, apoyo, cuidado o protección de sus cuidadores. Además, cuando se encuentran con dificultades, los niños con este trastorno sólo responden mínimamente a los intentos de sus cuidadores de consolarles. Por lo tanto, el trastorno se caracteriza por la ausencia de búsqueda del consuelo que sería de esperar y por la falta de respuesta a las conductas de consuelo. Los niños con trastorno de apego reactivo muestran una expresión ausente o disminuida de las emociones positivas durante las interacciones rutinarias con sus cuidadores. Además de estar comprometida su capacidad de regulación emocional, muestran episodios de emociones negativas de miedo, tristeza o irritabilidad que no se explican fácilmente. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de apego reactivo en los niños que son incapaces de crear vínculos selectivos en determinadas etapas del desarrollo. Por esta razón, el niño debe tener una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses.

Criterios diagnósticos

A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:

1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.

B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:

1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
2. Afecto positivo limitado.
3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).

E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista.

F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.

G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

3.8 Trastorno de relación social desinhibida

La característica esencial del trastorno de relación social desinhibida es un patrón de comportamiento que implica un comportamiento culturalmente inapropiado, demasiado familiar con personas relativamente extrañas. Este comportamiento demasiado familiar traspasa los límites sociales de la cultura. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de relación social desinhibida antes de que los niños sean capaces de crear vínculos selectivos según su desarrollo. Por esta razón, el niño debería tener una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses.

Criterios diagnósticos

A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:

1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños.
2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad), pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
 3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).
- D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).

E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

3.9 Trastorno de estrés postraumático

La característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Las reacciones emocionales al evento traumático (p. ej., el miedo, la impotencia, el horror) ya no forman parte del Criterio A. La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento. En otros serían más angustiosos la anhedonia o los estados de ánimo disfóricos y las cogniciones negativas. En otros individuos sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Por último, algunos individuos presentan combinaciones de estos patrones de síntomas.

Los eventos traumáticos experimentados directamente en el Criterio A son, aunque no se limitan a éstos, la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto físico real (p. ej., la agresión física, el robo, el atraco, el abuso físico en la infancia), las amenazas o el abuso sexual real (p. ej., la penetración sexual forzada, la penetración sexual facilitada por drogas o alcohol, el contacto sexual abusivo, el abuso sexual sin contacto, el tráfico sexual), ser secuestrado o tomado como rehén, los ataques terroristas, la tortura, el encarcelamiento como prisionero de guerra, los desastres naturales o humanos y los accidentes de tráfico graves. Para los niños, un evento de violencia sexual podría ser una experiencia sexual inapropiada para su etapa del desarrollo, sin violencia o lesiones físicas. No se considerarían eventos necesariamente traumáticos las afecciones médicas potencialmente mortales o las enfermedades debilitantes. Los incidentes médicos, que se califican como sucesos traumáticos, implicarían eventos trágicos repentinos (p. ej., despertarse durante una cirugía, un shock anafiláctico). Los acontecimientos presenciados

son, aunque no se limitan a ellos, la observación de lesiones o de amenazas serias, la muerte de causa no natural, el asalto físico o sexual a otra persona mediante un ataque violento, la violencia doméstica, los accidentes, las guerras o los desastres, o la visión de sucesos médicos catastróficos que afecten al propio hijo (p. ej., una hemorragia con peligro vital). La exposición indirecta a un suceso a través del aprendizaje se limita a las experiencias que afectan a los parientes cercanos o a los amigos, y a las experiencias que son violentas o accidentales (p. ej., la muerte por causas naturales no se incluye). Tales sucesos son el asalto violento a una persona, el suicidio, los accidentes graves y las lesiones graves. El trastorno puede ser especialmente grave o de larga duración cuando el agente estresante es interpersonal e intencional (p. ej., la tortura sexual, la violencia).

El acontecimiento traumático se puede reexperimentar de diversas maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos intrusivos del evento de forma recurrente e involuntaria (Criterio B1). Los recuerdos intrusivos del TEPT se distinguen de la rumiación depresiva en que sólo se refieren a los recuerdos angustiantes involuntarios e intrusivos. El énfasis está en la memoria recurrente del evento, que suele tener componentes de tipo sensorial, emocional o fisiológico. Un síntoma común es la reexperimentación de sueños angustiantes que repiten el evento en sí o que son representativos o están temáticamente relacionados con los principales peligros que acompañaban al evento traumático (Criterio B2). El individuo puede experimentar estados disociativos que duren desde unos segundos hasta varias horas o incluso días, durante los cuales se reviven los componentes del evento y el individuo se comporta como si el suceso estuviera ocurriendo en ese momento (Criterio B3). Tales eventos aparecen en un continuo que abarca desde intrusiones breves sensoriales visuales o de otro tipo sobre una parte del evento traumático sin perder la orientación a la realidad, hasta una pérdida completa de la conciencia del entorno real. Estos episodios, a menudo referidos como memorias retrospectivas (flashbacks), son típicamente breves pero pueden estar asociados a una angustia prolongada y a una gran activación. En los niños pequeños, la reconstrucción de los acontecimientos relacionados con el trauma puede aparecer en el juego o en los estados disociativos. Cuando el individuo está expuesto a eventos de activación que puedan parecerse o simbolizar aspectos del acontecimiento traumático (p. ej., días de viento después de un huracán, ver a alguien que se parece a un agresor), se produce un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o una reactividad fisiológica (Criterio B5). La señal de activación podría ser una sensación física (p. ej., los mareos en las personas que han sufrido un traumatismo en la cabeza, los latidos rápidos cardíacos en un niño que ha sufrido un trauma previo), en particular en las personas que sufren presentaciones somáticas.

Los estímulos asociados al trauma se evitan de un modo persistente (p. ej., siempre o casi siempre). Habitualmente, el individuo hace esfuerzos deliberados por evitar los pensamientos, los recuerdos, los sentimientos, o no quiere hablar sobre el evento traumático (p. ej., utilizando técnicas de distracción para evitar los recuerdos internos) (Criterio C1) y para evitar las actividades, objetos, situaciones o personas que le despiertan los recuerdos (Criterio C2).

Las alteraciones en las cogniciones negativas o en los estados de ánimo asociados con el evento comienzan o empeoran después de la exposición al mismo. Estas alteraciones negativas pueden presentarse de diversas formas, como la incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático; tal olvido se debe típicamente a la amnesia disociativa y no a un traumatismo en la cabeza, al alcohol o a las drogas (Criterio D1). Otra forma son las expectativas negativas persistentes (p. ej., siempre o casi siempre) sobre aspectos importantes de la vida, que se aplican a uno mismo, a los demás y al futuro (p. ej., "siempre he tomado una mala decisión", "no se puede confiar en las autoridades"), que pueden manifestarse como un cambio negativo en la identidad percibida desde el trauma (p. ej., "no puedo confiar en nadie nunca más"; Criterio D2). Los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden tener cogniciones erróneas

persistentes sobre las causas de la situación traumática, que les llevan a culparse a sí mismos o a los demás (p. ej., "fue mi culpa que mi tío abusase de mí") (Criterio D3). Aparece un estado de ánimo persistentemente negativo (p. ej., miedo, horror, ira, culpa, vergüenza) que se inicia o bien empeora después de la exposición al evento (Criterio D4). El individuo puede experimentar un interés y una participación marcadamente disminuidos en las actividades que antes disfrutaba (Criterio D5), una sensación de aislamiento o de alejamiento de las demás personas (Criterio D6), o una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (sobre todo felicidad, alegría, satisfacción, o emociones asociadas con la intimidad, la ternura y la sexualidad) (Criterio D7).

Los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden estar irascibles e incluso pueden emplear conductas agresivas verbales y/o físicas con poca o ninguna provocación (p. ej., gritar a la gente, entablar peleas, romper objetos) (Criterio E1). También pueden participar en conductas temerarias o autodestructivas, como una conducción peligrosa, un consumo excesivo de alcohol o de drogas, infligirse autolesiones o tener un comportamiento suicida (Criterio E2). El trastorno de estrés postraumático a menudo se caracteriza por una elevada sensibilidad a las amenazas potenciales, entre las que están aquellas que se relacionan con la experiencia traumática (p. ej., son especialmente sensibles a la amenaza potencial que puedan suponer los coches o los camiones a raíz de un accidente de vehículo a motor), y a las amenazas que no están relacionadas con el evento traumático (p. ej., tener miedo de sufrir un ataque al corazón) (Criterio E3). Las personas con trastorno de estrés postraumático pueden ser muy reactivas a los estímulos inesperados, y mostrar una mayor respuesta de sobresalto o de nerviosismo a los ruidos fuertes o a los movimientos inesperados (p. ej., sobresaltarse notablemente en respuesta a un timbre de teléfono) (Criterio E4).

Continuamente informan de dificultades de concentración, entre las que están la dificultad para recordar los hechos cotidianos (p. ej., olvidando el propio número de teléfono) o los problemas para prestar atención a las tareas específicas (p. ej., seguir una conversación durante un período sostenido de tiempo) (Criterio E5). También son comunes los problemas para conciliar y mantener el sueño que pueden estar asociados con pesadillas y con preocupaciones sobre la seguridad, o podría haber una excitación generalizada elevada que interfiriera con el sueño adecuado (Criterio E6). Algunos individuos también experimentan síntomas disociativos persistentes de separación de sus cuerpos (despersonalización) o del mundo que les rodea (desrealización); esto se refleja en el especificador "con síntomas disociativos"

Criterios diagnósticos

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 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 uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(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 o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra 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 continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años

A. En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

C. Ha de estar presente uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s): Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s). Alteración cognitiva
3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso (s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).

2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas con concentración.
5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica

3.10 Trastorno de estrés agudo

La característica esencial del trastorno de estrés agudo es el desarrollo de síntomas característicos con una duración de 3 días a 1 mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Los eventos traumáticos que se experimentan directamente son, aunque no se limitan éstos, la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto violento personal (p. ej., la violencia sexual, la agresión física, el combate activo, el atraco, la violencia física y/o sexual en la infancia, ser secuestrado, ser tomado como rehén, el ataque terrorista, la tortura), los desastres humanos o naturales (p. ej., los terremotos, los huracanes, los accidentes de avión) y los accidentes graves (p. ej., un accidente grave de vehículo a motor, un accidente de trabajo). Para los niños, los eventos traumáticos sexuales pueden ser experiencias sexuales inapropiadas sin violencia o lesiones. Una enfermedad potencialmente mortal o una afección médica debilitante no se considerarían necesariamente eventos traumáticos. Los incidentes médicos que se califican como eventos traumáticos implicarían eventos catastróficos repentinos (p. ej., despertarse durante la cirugía, un shock anafiláctico). Los eventos estresantes, que no poseen los componentes graves y traumáticos de los eventos comprendidos en el Criterio A, pueden conducir a un trastorno adaptativo, pero no a un trastorno de estrés agudo.

La presentación clínica del trastorno de estrés agudo puede variar según la persona, pero normalmente implica una respuesta de ansiedad que incluye alguna forma de revivir el suceso traumático o de reactividad al evento traumático. En algunos individuos puede predominar una presentación disociativa o separada, aunque estas personas suelen también mostrar una fuerte reactividad emocional o fisiológica en respuesta a los recuerdos del trauma. En otros individuos puede haber una intensa respuesta de ira en la que la reactividad se caracteriza por irritabilidad o por respuestas posiblemente agresivas. El cuadro completo de síntomas se debe presentar durante al menos los 3 días posteriores al evento traumático y sólo se puede diagnosticar hasta 1 mes después del evento. Los síntomas que se producen inmediatamente después de los hechos, pero cuya resolución se produce antes de los 3 días, no cumplen los criterios de trastorno de estrés agudo.

Los acontecimientos presenciados son, aunque no se limitan a éstos, la observación de amenazas o lesiones graves, la muerte no natural, la violencia física o sexual infligida a otro individuo, la violencia doméstica grave, un accidente grave, y la guerra y los desastres. También se incluye presenciar un acontecimiento médico catastrófico (p. ej., una hemorragia potencialmente mortal en el propio hijo). Los acontecimientos experimentados indirectamente a través del conocimiento de un suceso se limitan a los parientes o amigos cercanos. Estos eventos deben haber sido una muerte accidental o violenta —la muerte debida a causas naturales no se incluye—, un asalto personal violento, un suicidio, un accidente o una lesión grave. El trastorno puede ser especialmente grave cuando el factor estresante es interpersonal e intencional (p. ej., la tortura, la violación). La probabilidad de desarrollar este trastorno puede aumentar a medida que aumente la intensidad del estresor y la proximidad física a éste.

El acontecimiento traumático se puede reexperimentar de diversas maneras. Habitualmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusivos del evento (Criterio B1). Las memorias son recuerdos recurrentes espontáneos o provocados que por lo general se producen en respuesta a un estímulo que es una reminiscencia de la experiencia traumática (p. ej., el sonido de un tubo de escape de un coche puede desencadenar recuerdos de disparos). Estos recuerdos intrusivos a menudo tienen un componente sensorial (p. ej., sentir el calor intenso que también se percibió en el incendio de la casa), emocional (p. ej., una persona experimenta el miedo de creer que está a punto de ser apuñalada) o fisiológico (p. ej., experimentar la falta de aliento que un individuo sufrió en un momento en que estuvo a punto de ahogarse).

Los sueños angustiosos pueden contener temas que son representativos o de temática relacionada con las principales amenazas que participan en el evento traumático (p. ej., en el caso de un superviviente de un accidente de vehículo a motor, los sueños angustiantes pueden implicar choques de automóviles en general; en el caso de un soldado de combate, los sueños angustiantes pueden implicar sufrir daños en las formas distintas de combate).

Los estados disociativos pueden durar desde unos pocos segundos hasta varias horas, o incluso días, durante los que se reviven los detalles del evento y la persona se comporta como si estuviese experimentando el evento en ese momento. Si bien las respuestas disociativas son frecuentes durante un evento traumático, sólo se deberían considerar las respuestas disociativas que persisten más de 3 días después de la exposición al trauma para el diagnóstico de un trastorno de estrés agudo. En los niños pequeños puede aparecer en el juego la recreación de los eventos relacionados con el trauma y pueden incluir momentos disociativos (p. ej., un niño que sobrevive a un accidente de un vehículo a motor puede chocar en repetidas ocasiones los coches de juguete durante el juego de forma concentrada y angustiante). Estos episodios, que a menudo son referidos como memorias retrospectivas (flashbacks), suelen ser breves, pero implican la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo en el presente en lugar de estar siendo recordado en el pasado, y están asociados a un malestar significativo.

Algunos individuos con este trastorno no tienen recuerdos intrusivos del evento en sí, sino que experimentan un malestar psicológico intenso o una activación fisiológica cuando están expuestos a eventos de activación que se asemejan o simbolizan un aspecto del evento traumático (p. ej., en niños, los días de viento después de un huracán, entrar en un ascensor para alguien que fue violado en un ascensor, ver a alguien que se asemeja al propio agresor).

La señal de activación puede ser una sensación física (p. ej., la sensación de calor para una víctima de quemaduras, los mareos para los supervivientes de un traumatismo en la cabeza), en particular para las personas con presentaciones muy somáticas.

El individuo puede tener una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, alegría, satisfacción, o emociones asociadas con la intimidad, la ternura o la sexualidad), pero puede experimentar emociones negativas, como el miedo, la tristeza, la ira, la culpa o la vergüenza.

Las alteraciones de la conciencia pueden ser entre otras la despersonalización, el sentido de separarse de uno mismo (p. ej., verse a sí mismo desde el otro lado de la habitación), o la desrealización, tener una visión distorsionada del entorno (p. ej., percibir que las cosas se están moviendo en cámara lenta, ver las cosas como en un sueño, no darse cuenta de los sucesos que uno normalmente codifica). Algunos individuos también comunican una incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático que presumiblemente fue codificado. Este

síntoma es atribuible a la amnesia disociativa y no es atribuible a lesiones en la cabeza, al alcohol o las drogas.

Los estímulos asociados al trauma se evitan de manera persistente. El individuo puede negarse a hablar de la experiencia traumática o puede utilizar estrategias de evitación para minimizar la toma de conciencia con las reacciones emocionales (p. ej., el consumo de alcohol excesivo cuando se recuerda la experiencia).

Esta evitación conductual puede consistir en evitar mirar los noticiarios sobre la experiencia traumática, negarse a regresar a un lugar de trabajo donde ocurrió el trauma, o evitar la interacción con otros que compartieron la misma experiencia traumática.

Es muy común que las personas con trastorno de estrés agudo experimenten problemas para iniciar y mantener el sueño, que puede estar asociado con pesadillas o con una excitación elevada generalizada que impide el sueño adecuado. Los individuos con trastorno de estrés agudo pueden estar irascibles e incluso pueden presentar comportamientos de agresión verbal y/o física ante la más pequeña provocación. El trastorno de estrés agudo a menudo se caracteriza por una mayor sensibilidad a las amenazas potenciales, entre las que están aquellas que se relacionan con la experiencia traumática (p. ej., una víctima de accidente de vehículos a motor puede ser especialmente sensible a la amenaza potencial de los automóviles), o las que no están relacionadas con el evento traumático (p. ej., el miedo de tener un ataque al corazón). Se documentan habitualmente dificultades de concentración, como dificultad para recordar los hechos cotidianos (p. ej., olvidar el propio número de teléfono) o para prestar atención a las tareas específicas (p. ej., después de una conversación durante un período sostenido de tiempo). Los individuos con trastorno de estrés agudo pueden ser muy reactivos a los estímulos inesperados, y muestran sobresaltos o nerviosismo ante ruidos fuertes o movimientos inesperados (p. ej., el individuo puede sobresaltarse notablemente en respuesta a un timbre del teléfono).

Criterios diagnósticos

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.

Nota: En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato 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 síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s): Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s). Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). Estado de ánimo negativo
5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos). Síntomas disociativos:
6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas). Síntomas de evitación
8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). Síntomas de alerta
10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas con la concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma. Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

3.11 Trastorno de adaptación

La presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable es la característica esencial de los trastornos de adaptación. El factor de estrés puede ser un solo evento (p. ej., el fin de una relación sentimental) o puede haber múltiples factores de estrés (p. ej., serias dificultades en los negocios y los problemas maritales). Los factores estresantes pueden ser recurrentes (p. ej., asociados a las crisis temporales de un negocio, unas relaciones sexuales insatisfactorias) o continuos (p. ej., una enfermedad dolorosa persistente con aumento de la discapacidad, vivir en un vecindario con alta criminalidad). Los factores de estrés pueden afectar a un solo individuo, a una familia entera, o a un grupo más grande o comunidad (p. ej., un desastre natural). Algunos factores de estrés pueden acompañar el desarrollo de

determinados eventos (p. ej., ir a la escuela, dejar la casa paterna, volver a casa de los progenitores, casarse, convertirse en padre, no alcanzar los objetivos del trabajo, la jubilación).

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 cabría esperar, teniendo en cuenta las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad. Se ha denominado trastorno de duelo complejo persistente a un conjunto más específico de síntomas relacionados con el duelo. Los trastornos de adaptación se asocian con un mayor riesgo de intentos de suicidio y con suicidios consumados.

Criterios diagnósticos

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.

2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.

E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

3.12 Trastorno de identidad disociativa

La característica definitoria de un trastorno de identidad disociativo es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión. Sin embargo, la manifestación o no de estos estados de personalidad varía en función de la motivación psicológica, el nivel actual de estrés, la cultura, los conflictos internos y dinámicos y la tolerancia emocional. Puede haber períodos continuos de interrupción de la identidad en el contexto de presiones psicosociales graves y/o prolongadas. En muchos casos de trastorno de identidad disociativo en forma de posesión y en una pequeña proporción de casos sin manifestación de posesión son muy evidentes las manifestaciones de las identidades alternativas. Durante largos períodos de tiempo, la mayoría de los individuos con trastorno de identidad disociativo sin manifestaciones de posesión no muestran abiertamente la discontinuidad de su identidad, y sólo una pequeña minoría presenta una alternancia clínicamente observable entre las identidades. Cuando no se observan directamente los estados de personalidad alternativa, 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 y 2) las amnesias disociativas recurrentes .

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, de repente, 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). En algunos casos, las voces se experimentan como múltiples, desconcertantes e independientes del

pensamiento y sobre ellas el individuo no tiene ningún control. Las emociones fuertes, los impulsos e incluso el habla u otras acciones pueden surgir de repente, sin un sentido de control o de pertenencia personal (sentido de entidad). Estas emociones e impulsos son con frecuencia comunicadas como egodistónicas y desconcertantes. Las actitudes, las perspectivas y las preferencias personales (p. ej., acerca de la comida, las actividades, el vestido) pueden cambiar de repente y después pueden cambiar nuevamente. Los individuos pueden referir que sienten sus cuerpos diferentes (p. ej., como un niño pequeño, como del género opuesto, enorme y musculado). Las alteraciones en el sentido del yo y la pérdida de la entidad personal pueden estar acompañadas por la sensación de que estas actitudes, emociones y comportamientos, incluso el propio cuerpo, "no son míos" y/o "no están bajo mi control". Aunque la mayoría de los síntomas del Criterio A son subjetivos, muchas de estas interrupciones bruscas del habla, del afecto y de la conducta pueden ser observadas por la familia, los amigos o el clínico. Las convulsiones no epilépticas y otros síntomas de conversión son evidentes en algunas presentaciones del trastorno de identidad disociativo, especialmente en algunos contextos no occidentales.

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, si no 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.

Las identidades en forma de posesión en el trastorno de identidad disociativo normalmente se manifiestan como conductas en que parece que un "espíritu", un ser sobrenatural o una persona ajena ha tomado el control, de tal manera que la persona comienza a hablar o actuar de una manera muy diferente. Por ejemplo, el comportamiento de un individuo puede semejar que su identidad ha sido sustituida por el "fantasma" de una niña que se suicidó en la misma comunidad años atrás, hablando y actuando como si todavía estuviera viva. O una persona puede ser "suplantada" por un demonio o una divinidad, lo que origina un deterioro profundo, y éstos pueden exigir que el individuo o un pariente sea castigado por un acto pasado, seguido de períodos más sutiles de alteración en la identidad. Sin embargo, la mayoría de los estados de posesión en el mundo son normales, por lo general forman parte de la práctica espiritual y no cumplen con los criterios para el trastorno de identidad disociativo. Las identidades que surgen durante la posesión en forma de trastorno de identidad disociativo se presentan de forma

recurrente, son no deseadas e involuntarias, causan un malestar o un deterioro clínicamente significativo y no son una parte usual de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.

Criterios diagnósticos

- 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).

3.13 Amnesia disociativa

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. 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. La amnesia localizada puede ser más amplia que la amnesia para un solo evento traumático (p. ej., meses o años de abuso durante la infancia o una guerra intensa). En la amnesia selectiva, el individuo puede recordar algunos, pero no todos, los eventos durante un período de tiempo circunscrito. Por lo tanto, el individuo puede recordar parte de un evento traumático pero no otras partes. Algunas personas informan de ambas amnesias, localizada y selectiva. La amnesia generalizada es la pérdida total de la memoria que abarca toda la vida del individuo y es infrecuente. Los individuos con amnesia generalizada pueden olvidar su identidad personal. También pueden no recordar algunos conocimientos previos sobre el mundo (p. ej., el conocimiento semántico) y ya no puede acceder a sus habilidades bien aprendidas (p. ej., el conocimiento procedimental).

La amnesia generalizada tiene un comienzo agudo; la perplejidad, la desorientación y la deambulación sin propósito de los individuos con amnesia generalizada llama la atención de la policía o de los servicios de urgencias psiquiátricas. La amnesia generalizada puede ser más común entre los veteranos de guerra, las víctimas de agresión sexual y los individuos que experimentan conflictos o un estrés emocional extremo. Los individuos con amnesia disociativa suelen desconocer sus problemas de memoria (o sólo son conscientes parcialmente). Muchos, especialmente los que tienen amnesia localizada, reducen al mínimo la importancia de su pérdida de la memoria y pueden llegar a sentirse incómodos cuando se les enfrenta a los hechos. En la

amnesia sistematizada, el individuo pierde la memoria para una categoría específica de información (p. ej., todos los recuerdos relacionados con la propia familia, una persona en particular o el abuso sexual en la niñez). En la amnesia continua, a la persona se le olvida cada nuevo evento que ocurre desde un acontecimiento determinado hasta la actualidad

Criterios diagnósticos

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.

3.14 Trastorno de despersonalización

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. 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). La experiencia de la despersonalización a veces puede ser de un yo escindido, con una parte de observador y otra de participante, conocida como una "experiencia fuera del cuerpo" cuando se da en su forma más extrema. El síntoma unitario de "despersonalización" se compone de varios factores: experiencias corporales anómalas (p. ej., la irrealidad del yo y alteraciones perceptivas), entumecimiento físico o emocional y distorsiones temporales con memoria subjetiva anómala.

Los episodios de desrealización se caracterizan por una sensación de irrealidad o distanciamiento o no estar familiarizado con el mundo, ya sean individuos, objetos inanimados o todos los alrededores. El individuo puede sentirse como si él o ella estuviese en una niebla, un sueño o una burbuja, o como si existiese un velo o una pared de cristal entre el individuo y el mundo que le rodea. El entorno puede verse como artificial, sin color o sin vida. La desrealización está acompañada normalmente por distorsiones visuales subjetivas, tales como visión borrosa, agudeza visual aumentada, campo visual ampliado o reducido, bidimensionalidad o planitud, exageración de la tridimensionalidad, alteraciones en la distancia o tamaño de los objetos (p. ej., macropsia o micropsia). También pueden ocurrir distorsiones auditivas, silenciándose o acentuándose las voces o los sonidos. Además, el criterio C requiere la presencia de un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, y los Criterios D y E describen diagnósticos excluyentes.

Criterios diagnósticos

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.

3.15 Otros trastornos obsesivos compulsivos, relacionados con traumas y estrés y disociativos especificados y no especificados.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. La categoría de otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados específico. Esto se hace registrando "otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados especificados" y a continuación el motivo específico (p. ej., "trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales: Es similar al trastorno dismórfico corporal excepto en que los defectos o imperfecciones en el aspecto físico son claramente observables por otras personas (es decir, se aprecian en grado superior a "ligeros"). En estos casos, la preocupación por estas imperfecciones es claramente excesiva y causa problemas o malestar importante.
2. Trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetitivos: Presentaciones que cumplen el trastorno dismórfico corporal excepto en que el sujeto no realiza comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por el aspecto.
3. Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo: Se caracteriza por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo recurrentes (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse la mucosa de las mejillas) e intentos repetidos de disminuir o abandonar estos comportamientos. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o

deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se explican mejor por la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (rascarse la piel), el trastorno de movimientos estereotipados o la autolesión no suicida.

4. Celos obsesivos: Se caracterizan por la preocupación no delirante acerca de la infidelidad percibida de la pareja. La preocupación puede derivar en comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por la infidelidad; causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; y no se explican mejor por otro trastorno mental como el trastorno delirante, celotípico o el trastorno de personalidad paranoide.

5. Shubo-kyofu: Variante de taijin kyofusho (véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices), que es similar al trastorno dismórfico corporal y se caracteriza por miedo excesivo a tener una deformidad corporal.

6. Koro: Relacionado con el síndrome dhat (véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices), un episodio súbito de ansiedad intensa de que el pene (o la vulva y los pezones en las mujeres) se retraerá en el cuerpo y posiblemente causará la muerte.

7. Jikoshu-kyofu: Variante de taijin kyofusho (véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices), que se caracteriza por miedo a tener un olor corporal desagradable (también se denomina síndrome de referencia olfativo).

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. La categoría del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. La categoría de otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico. Esto se hace registrando "otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "trastorno de duelo complejo persistente"). Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes: 1. Trastornos del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de tres meses después del factor de estrés. 2. Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de seis meses sin duración prolongada del factor de estrés. 3. Ataque de nervios: Véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en el Apéndice. 4. Otros síndromes culturales: Véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en el Apéndice. 5. Trastorno de duelo complejo persistente: Este trastorno se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto (véase el capítulo "Afecciones que necesitan más estudio" en la Sección III).

Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. La categoría del trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Otros trastornos disociativos especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos. La categoría de otro trastorno disociativo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico 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 del motivo específico (p. ej., "trance disociativo").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos: Esta categoría incluye el trastorno de identidad asociado a interrupciones no demasiado intensas del sentido del yo y del sentido de la entidad, o alteraciones de la identidad o episodios de posesión en un individuo que refiere amnesia no disociativa.
2. Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa: Los individuos que han estado sometidos a persuasión coercitiva intensa (p. ej., lavado de cerebro, reforma de las ideas, adoctrinamiento durante el cautiverio, tortura, encarcelamiento político prolongado, reclutamiento por sectas/cultos religiosos o por organizaciones criminales) pueden presentar cambios prolongados de su identidad o duda consciente acerca de su identidad.
3. Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes: Esta categoría se aplica a afecciones agudas transitorias que duran por lo general menos de un mes y, en ocasiones, solamente unas horas o días. Estas afecciones se caracterizan por la presencia de limitación de la consciencia, despersonalización, desrealización, alteraciones de la percepción (p. ej., lentitud del tiempo, macropsia), microamnesias, estupor transitorio, y/o alteraciones del funcionamiento sensitivo-motor (p. ej., analgesia, parálisis).
4. Trance disociativo: Esta afección se caracteriza por la reducción aguda o la pérdida completa de la consciencia del entorno inmediato que se manifiesta como apatía o insensibilidad intensa a los estímulos del entorno. La apatía puede ir acompañada de comportamientos estereotipados mínimos (p. ej., movimientos de los dedos) de los que el individuo no es consciente y/o que no controla, así como de parálisis transitoria o pérdida de la consciencia. La alteración no es una parte normal de ninguna práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.

Trastorno disociativo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos. La categoría del trastorno disociativo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno disociativo específico, e incluye presentaciones para las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas. Las crisis de pánico (panic attacks) se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Las crisis de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden ser observadas en otros trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Sin embargo, este criterio temporal pretende servir de guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad y pudiendo ser la duración más corta en los niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo). Puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores de contexto cultural. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia /medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

Los trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos con manifestaciones somáticas importantes constituyen una nueva categoría en el DSM- 5 llamada trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Este capítulo incluye los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión (o trastorno de síntomas neurológicos funcionales), factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, trastorno facticio, otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados, y trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados.

Todos los trastornos de este capítulo comparten una característica común: la importancia de los síntomas somáticos asociados con un malestar y deterioro significativos. Frecuentemente aparecen personas con trastornos con síntomas somáticos manifiestos en los centros de atención primaria y en otros centros médicos, pero lo hacen con menos frecuencia en el ámbito de la psiquiatría y en otros centros relacionados con salud mental y la psiquiatría. Estos diagnósticos se han conceptualizado de nuevo basándose en una reorganización de los diagnósticos de los trastornos somatomorfos del DSM-IV, para que sean de mayor utilidad para los médicos clínicos no psiquiatras y en el ámbito de la atención primaria. 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. Las bases en las que subyacen los cambios en los diagnósticos de los síntomas somáticos y trastornos relacionados son clave en la comprensión de los diagnósticos del DSM-5. El término de trastornos somatomorfos que aparece en el DSM-IV es confuso y se sustituye por trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En el DSM-IV hay un alto grado de superposición entre los trastornos somatomorfos y la falta de claridad en los límites de los diagnósticos. Puesto que las personas con estos trastornos se presentan principalmente en los centros médicos en lugar de en los centros de salud mental, los médicos no psiquiatras encuentran los trastornos somatomorfos del DSM-IV difíciles de entender y utilizar. La clasificación actual del DSM-5 reconoce este solapamiento y reduce el número total de trastornos, así como sus subcategorías. Los criterios anteriores se centran en la importancia de los síntomas sin explicación médica. Tales síntomas aparecen en diversa medida, en particular, en el trastorno de conversión, pero los trastornos de síntomas somáticos también pueden acompañar a otros trastornos médicos diagnosticados. La fiabilidad de la determinación de que un síntoma somático carece de explicación médica es limitada, y elaborar un diagnóstico en ausencia de tal explicación es problemático y refuerza el dualismo mente-cuerpo. No es apropiado diagnosticar a una persona un trastorno mental sólo por el hecho de que no se pueda demostrar una causa médica.

Además, la presencia de un diagnóstico médico no excluye la posibilidad de un trastorno mental concomitante, incluyendo el trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Tal vez a causa del enfoque predominante en la falta de explicación médica, los individuos consideran estos diagnósticos peyorativos y degradantes, y que implican que sus síntomas físicos no son "reales".

La nueva clasificación define el principal diagnóstico, el trastorno de síntomas somáticos, basándose en los síntomas positivos (los síntomas somáticos angustiosos más los pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas). Sin embargo, los síntomas sin explicación médica siguen siendo una característica clave en el trastorno de conversión y en la pseudocrosis (otro trastorno de síntomas somáticos y trastorno relacionado especificados) porque es posible demostrar que los síntomas, en dichos trastornos, no son congruentes con ninguna fisiopatología médica. Es importante señalar que inicialmente algunos otros trastornos mentales pueden manifestarse principalmente por síntomas somáticos (p. ej., el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico). Tales diagnósticos pueden ser los responsables de los síntomas somáticos o pueden aparecer junto con uno de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados de este capítulo. También existe una considerable comorbilidad médica entre los individuos somatizadores. Aunque los síntomas somáticos se asocian con frecuencia a sufrimiento psicológico y a psicopatología, algunos de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados pueden surgir espontáneamente, y sus causas pueden permanecer ocultas. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos pueden acompañar a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. El componente somático añade gravedad y complejidad a los trastornos depresivos y de ansiedad, y provoca una mayor gravedad, deterioro funcional e incluso refractariedad a los tratamientos tradicionales. En casos infrecuentes, el grado de preocupación puede ser tan grave como para justificar la consideración de un diagnóstico de trastorno delirante. Un número de factores puede contribuir a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, entre los que están la vulnerabilidad genética y biológica (p. ej., el aumento de la sensibilidad al dolor), las experiencias traumáticas tempranas (p. ej., la violencia, el abuso, la privación) y el aprendizaje (p. ej., la atención que obtienen debido a la enfermedad, la falta de refuerzo de las expresiones no

somáticas de la angustia), así como las normas culturales/sociales que devalúan y estigmatizan el sufrimiento psicológico en comparación con el sufrimiento físico. Las diferencias en la atención médica a través de las culturas afectan a la presentación, el reconocimiento y la gestión 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 a la forma en que los individuos identifican y clasifican las sensaciones corporales, perciben la enfermedad y buscan atención médica para ellas. Por lo tanto, las presentaciones somáticas pueden ser consideradas como expresiones de sufrimiento personal dentro de un determinado contexto cultural y social. 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. Además, aproximadamente el 75 % de los individuos diagnosticados previamente de hipocondría se incluye bajo el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Sin embargo, alrededor del 25 % de las personas con hipocondría tiene alto grado de ansiedad por la salud en ausencia de síntomas somáticos, y muchos de los síntomas de estos individuos no se considerarían para un diagnóstico de trastorno de ansiedad. En el DSM-5, el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad sería el adecuado para este último grupo de individuos. El trastorno de ansiedad por enfermedad se podría considerar un diagnóstico de esta sección o un trastorno de ansiedad. Debido a su fuerte enfoque sobre las preocupaciones somáticas y a que el trastorno de ansiedad por enfermedad se ve más a menudo en los centros médicos, se le sitúa, para una mayor utilidad, en la lista de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En el trastorno de conversión, la característica esencial es la presencia de síntomas neurológicos, y tras una evaluación neurológica adecuada se determinará que no son compatibles con la fisiopatología neurológica. Los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas también se incluyen en este capítulo. Su característica esencial es la presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento clínicamente significativos que afectan adversamente a una afección médica y aumentan el riesgo de sufrimiento, muerte o incapacidad. Al igual que otros trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, los trastornos facticios expresan problemas persistentes en la percepción de la enfermedad y la identidad. En la gran mayoría de los casos notificados de trastorno facticio, impuesto a sí mismo o a otros, los individuos se presentan con síntomas somáticos y la convicción de una enfermedad médica. En consecuencia, en el DSM-5 el trastorno facticio está incluido entre los síntomas somáticos y trastornos relacionados. En el caso de otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados y otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados se trata de enfermedades en las que se cumplen algunos, pero no todos los criterios de trastorno de síntomas somáticos o trastorno de ansiedad por enfermedad, así como en la pseudociesis.

4.1 Trastorno de ansiedad por separación

La persona con trastornos de ansiedad por separación se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está vinculado y rechazo a separarse de estas personas de mayor apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. A pesar de que estos síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, pueden expresarse también en la edad adulta.

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado. La ansiedad es superior a la que se espera en los sujetos con el mismo nivel de desarrollo. Los sujetos con

trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos 3 de los siguientes criterios: experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras de mayor apego. Se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y sienten necesidad de conocer el paradero de las figuras de mayor apego y deseo de estar en contacto con ellas.

Asimismo, también se muestran preocupados por los acontecimientos adversos que puedan sucederles a ellos mismos, como miedo a perderse, a ser secuestrados o a sufrir un accidente, y les impidan reunirse de nuevo con las figuras de apego. Los sujetos con ansiedad por separación se muestran reacios o rechazan irse solos debido a su temor ante la separación. Muestran una excesiva y persistente negación o rechazo a estar solos o sin una figura de apego en casa o en otros lugares. Los niños con trastorno de ansiedad por separación son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar comportamientos de "aferramiento", situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su "sombra" por toda la casa, o requiriendo que alguien esté con ellos cuando van a otras habitaciones.

Suelen rechazar o negarse a ir a dormir sin que esté cerca una figura de mayor apego, o a dormir fuera de casa. Los niños con este trastorno suelen tener problemas llegada la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño. Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona vinculante, como un hermano). Los niños pueden ser reacios o negarse a acudir a campamentos, a dormir en casas de amigos o a irse a hacer recados. Los adultos pueden sentirse incómodos al viajar solos (p. ej., al dormir en una habitación de hotel). Los individuos pueden tener pesadillas repetidas cuyo contenido expresa sus propios temores (p. ej., destrucción de la familia por un incendio, asesinato u otra catástrofe). Los síntomas físicos (tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos) son comunes en los niños cuando ocurre o se prevé la separación. Los niños más pequeños pocas veces manifiestan síntomas cardiovasculares como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en los sujetos de más edad. Esta alteración suele mantenerse durante un período de al menos 4 semanas en los niños y los adolescentes menores de 18 años, y normalmente dura 6 meses o más en los adultos.

Sin embargo, el criterio de la duración debe emplearse en los adultos a título orientativo, permitiendo cierto grado de flexibilidad. La alteración debe producir un malestar clínicamente significativo o deterioro del rendimiento social, académico, laboral o de otros ámbitos importantes.

Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.

- 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
 - 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
 - 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

4.2 Mutismo selectivo

El mutismo selectivo se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (p. ej., en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones. La falta de habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal.

Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentran con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños con mutismo selectivo hablan en su casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera ante sus amigos más cercanos o familiares de segundo grado, como abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que puede implicar deterioro académico o educativo, ya que a menudo a los maestros les resulta difícil evaluar sus habilidades, como la lectura. La falta de expresión puede interferir en la comunicación social, aunque los niños con este trastorno a veces usan medios no verbales (p. ej., gruñen, señalan, escriben) para comunicarse y pueden estar dispuestos o deseosos de realizar o participar en encuentros sociales cuando no necesitan hablar (p. ej., las partes no verbales de los juegos en el colegio).

Criterios diagnósticos

- A. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

4.3 Fobia específica y Trastorno de ansiedad social

Los individuos con fobia específica presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. La cognición específica no es característica de este trastorno, como en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.

Una característica clave de este trastorno es un miedo o ansiedad a objetos o situaciones claramente circunscritos, que pueden denominarse estímulos fóbicos. Las categorías de las situaciones u objetos temidos se usan como especificadores del trastorno. Muchas personas temen a los objetos, las situaciones o los estímulos fóbicos de más de una categoría. Para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta debe diferir de los temores normales y transitorios que se producen comúnmente en la población. Para cumplir los criterios diagnósticos, el miedo o la ansiedad deben ser intensos o graves (es decir "marcados"). El nivel del miedo experimentado puede variar con la proximidad del objeto o de la situación temida y puede ocurrir como anticipación del mismo o en presencia real del objeto o situación. Además, el miedo o la ansiedad puede presentarse en forma de crisis de pánico completa o limitada (p. ej., crisis de pánico esperadas). Otra característica de las fobias específicas es que la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata. Por lo tanto, una persona que se pone ansiosa sólo de vez en cuando al ser confrontada con la situación o el objeto (p. ej., se pone ansiosa cuando viaja en uno de cada cinco vuelos de avión) no sería diagnosticada de fobia específica. Sin embargo, el grado de temor o ansiedad expresado puede variar (desde la ansiedad anticipatoria hasta una crisis de pánico completa) en diferentes momentos de la exposición al objeto o a la situación fóbica debido a diversos factores contextuales, como la presencia de otras personas, la duración de la exposición y los elementos amenazantes, como las turbulencias en un vuelo en las personas con miedo a volar. El miedo y la ansiedad a menudo se expresan de forma distinta en los niños y los adultos. Además, el miedo y la ansiedad aparecen en cuanto se topan con el objeto o la situación fóbica (es decir, inmediatamente y no de manera retardada).

El sujeto evita activamente la situación, pero si no puede o decide no evitarla, la situación o el objeto evoca un intenso miedo o ansiedad. La evitación activa significa que el individuo presenta comportamientos destinados intencionadamente a prevenir o a minimizar el contacto con los objetos fóbicos o las situaciones fóbicas (p. ej., pasa por túneles en lugar de puentes en su viaje diario al trabajo por miedo a las alturas, evita entrar en una habitación oscura por temor a las arañas, evita aceptar un trabajo en un ambiente donde el estímulo fóbico es más frecuente). Las conductas evitativas a menudo son evidentes (p. ej., un individuo con miedo a la sangre rechaza ir al médico), pero a veces son menos manifiestas (p. ej., una persona con miedo a las serpientes rechaza mirar imágenes que le recuerden el contorno o la forma de las serpientes).

Algunos individuos con fobia específica sufren durante muchos años y cambian sus circunstancias vitales en función de la necesidad de evitar al máximo el objeto o la situación fóbica (p. ej., un individuo diagnosticado con fobia específica animal que se traslada a residir a un área donde no existan los animales concretos a los que teme). De esta forma, dejan de experimentar el miedo o la ansiedad en su vida cotidiana. En estos casos, las conductas de evitación o de rechazo reiterativo a participar en actividades, dependiendo de la exposición al objeto o a la situación fóbica (p. ej., la reiterada negativa a aceptar ofertas de trabajo relacionadas con viajar a causa del miedo a volar) podrían ayudar a confirmar el diagnóstico en ausencia de ansiedad o angustia marcadas.

El miedo y la ansiedad son desproporcionados en relación con el peligro real que el objeto o la situación conlleva, o más intensos de lo que se consideraría necesario. Aunque los sujetos con fobia específica suelen reconocer que sus reacciones son desproporcionadas, tienden a sobrestimar el peligro en las situaciones temidas y, por lo tanto, será el clínico el que deberá valorar si la reacción es desproporcionada o no. También se debería tener en cuenta el ámbito sociocultural del individuo. Por ejemplo, el miedo a la oscuridad puede ser razonable en el contexto de una violencia continua, y el miedo a los insectos sería incoherente en los lugares donde se consumen insectos en la dieta. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general con una duración de 6 meses o más, lo que ayuda a distinguir la enfermedad de los temores transitorios que son comunes en la población, especialmente entre los niños. Sin embargo, el criterio de duración debe ser utilizado como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. Para diagnosticar el trastorno, la fobia específica debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad.

Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

E El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

En el trastorno de ansiedad social (fobia social), la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. Esto incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada comiendo o bebiendo, y situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. En los niños, el miedo o la ansiedad se debe producir en las reuniones con los individuos de su misma edad y no sólo durante las interacciones con los adultos (Criterio A). Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. El sujeto teme ser juzgado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable. El individuo con fobia social teme actuar o mostrarse de una determinada manera, o manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás, como rubor, temblores, sudoración, trabarse con las palabras, o no poder mantener la mirada. Algunas personas tienen miedo a ofender a los demás y, en consecuencia, a ser rechazados. El miedo a ofender a los demás -por ejemplo, por una mirada o al mostrar síntomas de ansiedad- puede ser el miedo predominante en

los individuos de culturas de fuerte orientación colectivista. Una persona con miedo al temblor de manos puede evitar beber, comer, escribir o señalar en público; una persona con miedo a la sudoración puede evitar dar la mano o comer alimentos picantes; y una persona con miedo a sonrojarse puede evitar actuar en público, las luces brillantes o la discusión de temas íntimos. Algunas personas temen y evitan orinar en los baños públicos cuando están presentes otras personas (esto es, paruresis o "síndrome de la vejiga tímida").

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Por lo tanto, un individuo que se pone ansioso sólo de vez en cuando en situaciones sociales no será diagnosticado de trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el grado y el tipo del miedo y de ansiedad pueden variar en las diferentes ocasiones (p. ej., ansiedad anticipatoria, crisis de pánico). La ansiedad anticipatoria a veces puede ocurrir mucho antes al prever situaciones futuras (p. ej., preocupación diaria a lo largo de las semanas anteriores a asistir a un evento social, repitiendo el discurso durante los días de antelación). En los niños, el miedo o la ansiedad puede expresarse a través de conductas de llanto, rabietas, inmovilidad, aferramiento, encogimiento o incapacidad de hablar en situaciones sociales. Por otra parte, si la situación social se soporta, es a costa de una intensa ansiedad y malestar. La evitación puede ser generalizada (p. ej., rechazo a ir a fiestas, a la escuela) o sutil (p. ej., preparar demasiadas veces el texto de un discurso, desviar la atención a los demás para limitar el contacto visual).

El miedo o la ansiedad son desproporcionados al riesgo real que plantea la situación de ser evaluado negativamente y para las consecuencias de dicha evaluación negativa. A veces no se puede juzgar la ansiedad como excesiva, ya que está relacionada con un peligro real (p. ej., ser intimidado o atormentado por terceros). Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad social tienden a menudo a sobrestimar las consecuencias negativas de las situaciones sociales y, por lo tanto, es el clínico el que debería decidir si la actitud es desproporcionada o no. Al realizar este juicio se debería tener en cuenta el contexto sociocultural del individuo. Por ejemplo, en ciertas culturas se podría considerar socialmente apropiado un comportamiento que los demás podrían identificar como de ansiedad social (p. ej., se podría ver como una señal de respeto).

La duración de la perturbación es típicamente de al menos 6 meses. Este límite de duración ayuda a distinguir la enfermedad de los miedos sociales transitorios que son comunes en la sociedad, especialmente entre los niños. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como una guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente con la rutina normal de la persona, la ocupación o el funcionamiento académico o las actividades, las relaciones sociales, o debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales o importantes por otros motivos para el sujeto. Por ejemplo, una persona que teme hablar en público no será diagnosticada de fobia social si su trabajo o su actividad escolar no le exigen la pronunciación habitual de discursos y no se siente especialmente preocupada por este tema. Los temores a que ciertas situaciones sociales resulten embarazosas son frecuentes, pero el grado de malestar o el deterioro general que suelen provocar no suelen ser lo suficientemente intensos como para permitir diagnosticar con seguridad una fobia social. Sin embargo, si el individuo evita o elude el trabajo o la educación que realmente desea debido a los síntomas de ansiedad social, se cumple el Criterio G.

Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- E El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral 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, un medicamento) ni a otra afección 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 un trastorno del espectro autista.
- J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

4.4 Trastorno de pánico y Agorafobia

En el trastorno de pánico, la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (p. ej., evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y /o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente. Las crisis de pánico funcionan como marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de una amplia variedad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (p. ej., abuso de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos). Por lo tanto, la crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.

El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas. El término recurrente significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada. El término inesperado se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición —es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno)—. En contraste, los ataques de pánico esperados son aquellos para los cuales existe una señal obvia o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico. La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados debe hacerla el clínico, que realiza este juicio basándose en la combinación de un interrogatorio cuidadoso en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque y la propia opinión del individuo sobre si el ataque ha aparecido con una razón aparente o sin ella. Pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico, según sean inesperados o esperados, las interpretaciones culturales (consulte la sección "Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura" para este trastorno). En Estados Unidos y en Europa, aproximadamente la mitad de los individuos con trastorno de pánico presenta ataques de pánico esperados y también inesperados. Por lo tanto, la presencia de ataques de pánico esperados no descarta el diagnóstico de trastorno

de pánico. Para más detalles sobre los ataques esperados frente a los ataques de pánico inesperados, véase el texto sobre los ataques de pánico (págs. 214-217). La frecuencia y la gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente. En cuanto a la frecuencia, algunos individuos presentan las crisis con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana) pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvadas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día) separadas por semanas o meses sin padecer un solo ataque, o bien los presentan con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un período de varios años. Las personas que tienen ataques de pánico infrecuentes se parecen a que tienen ataques más frecuentes en lo que se refiere a síntomas, características demográficas, comorbilidad con otros trastornos, antecedentes familiares y datos biológicos. En cuanto a la gravedad, las personas con trastorno de pánico pueden tener ataques completos (cuatro o más síntomas) o limitados (menos de cuatro síntomas), y el número y el tipo de los síntomas con frecuencia difieren entre un ataque de pánico y el siguiente. Sin embargo, va a ser necesaria más de una crisis inesperada con síntomas completos para el diagnóstico del trastorno de pánico. Los individuos con ataques de pánico se preocupan de manera característica por las implicaciones o consecuencias que éstos pueden tener sobre sus vidas. Algunos temen que las crisis de pánico sean el anuncio de una enfermedad no diagnosticada que pueda poner en peligro la vida (p. ej., la enfermedad coronaria, un trastorno comicial), a pesar de los controles médicos repetidos que descartan esta posibilidad. Son frecuentes las preocupaciones sociales, como la vergüenza o el miedo a ser juzgados negativamente por los demás, debido a los síntomas evidentes del ataque de pánico, y la creencia de que las crisis de pánico indican que uno se está "volviendo loco", que se está perdiendo el control o que suponen cierta debilidad emocional (Criterio 13). Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio de comportamiento significativo (p. ej., abandonan su puesto de trabajo), pero niegan tener miedo a nuevas crisis de angustia o estar preocupados por sus posibles consecuencias. La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación que pueden reunir los criterios de agorafobia, en cuyo caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Puede haber cambios de comportamiento desadaptativos para intentar minimizar o evitar nuevos ataques de pánico y sus consecuencias. Algunos ejemplos incluyen evitar el esfuerzo físico, reorganizar la vida diaria para garantizar la disponibilidad de ayuda en caso de que los síntomas se repitan, lo que restringe las actividades habituales, y evitar situaciones agorafóbicas como salir de casa, usar el transporte público o ir de compras. Si se presenta agorafobia, se hará un diagnóstico independiente de agorafobia.

Criterios diagnósticos

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).

11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
 12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
 13. Miedo a morir. Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.
- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:
1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de 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 destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- 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 fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

La característica esencial de un ataque de pánico es un acceso brusco de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, tiempo durante el cual se presentan cuatro o más de un total de 13 síntomas físicos y cognitivos. Once de estos 13 síntomas son físicos (p. ej., palpitaciones, sudoración), mientras que dos son cognitivos (esto es, el miedo a perder el control o a volverse loco, y el miedo a morir). "El miedo a volverse loco" es una expresión coloquial utilizada a menudo por personas con ataques de pánico y no pretende servir de término peyorativo o diagnóstico. El término en cuestión de minutos significa que el tiempo hasta el máximo de intensidad es sólo, literalmente, de unos minutos. Un ataque de pánico puede surgir tanto de un estado de calma como de un estado de ansiedad, y se debería evaluar el tiempo hasta el pico de intensidad máxima de manera independiente de cualquier precedente de ansiedad. Es decir, el comienzo del ataque de pánico es el punto en el que hay un aumento brusco del malestar, en vez de ser el punto en el que la ansiedad comienza a desarrollarse. Del mismo modo, un ataque de pánico puede regresar tanto hacia un estado de ansiedad como hacia un estado de calma, y posiblemente pueda alcanzar el pico nuevamente. El ataque de pánico se distingue de la ansiedad constante por el tiempo que transcurre hasta el máximo de su intensidad, que se produce en cuestión de minutos, por su naturaleza discreta y, generalmente, por su mayor intensidad. Los ataques que cumplen todos los demás criterios, pero que tienen menos de cuatro síntomas físicos y /o cognitivos, se conocen como ataques de síntomas limitados. Hay dos tipos característicos de ataques de pánico: los esperados y los inesperados. Los ataques de pánico esperados son aquellos en que existe una señal obvia o desencadenante, como son las situaciones en las que previamente han ocurrido ataques de pánico. Los ataques de pánico inesperados son aquellos para los que no hay ninguna señal obvia o desencadenante en el momento en que aparecen (p. ej., al relajarse o al dormir [ataque de pánico nocturno]). Se espera que sea el clínico el que determine si los ataques de pánico son esperados o inesperados, juicio que basará en la combinación de un interrogatorio cuidadoso, en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque, con la propia opinión del individuo sobre si parece que el ataque sucedió con o sin alguna razón aparente. Las interpretaciones culturales pueden influir en la determinación de su forma, esperada o inesperada. Se pueden objetivar síntomas específicos de la cultura (p. ej., zumbido de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos incontrolables o llanto); sin embargo, tales síntomas no deben contar como uno de los cuatro síntomas requeridos para el diagnóstico. Los ataques de pánico pueden aparecer en el contexto de cualquier trastorno mental (p. ej., los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos de la

alimentación, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos de personalidad, los trastornos psicóticos, los trastornos por consumo de sustancias) y algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales), y la mayoría no cumple con los criterios para el trastorno de pánico. Se requieren ataques de pánico inesperados y recurrentes para hacer un diagnóstico de trastorno de pánico.

Los individuos con agorafobia se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren la presencia de un acompañante.

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones. El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes:

- 1) el uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones;
- 2) encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes;
- 3) estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines;
- 4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud, o
- 5) estar fuera de casa solo. Los ejemplos para cada situación no son exclusivos; se pueden temer otras situaciones.

Al experimentar el miedo y la ansiedad desencadenados por tales situaciones, los individuos suelen experimentar pensamientos de que algo terrible podría suceder. Los individuos con frecuencia creen que podría ser difícil escapar de este tipo de situaciones (p. ej., "no se puede salir de aquí") o que sería difícil disponer de ayuda en el momento en que se presentaran síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., "no hay nadie que me ayude"). "Los síntomas similares al pánico" se refieren a cualquiera de los 13 síntomas incluidos en los criterios del ataque de pánico, tales como mareos, desmayos y miedo a morir. "Otros síntomas incapacitantes o embarazosos" podrían ser los vómitos y los síntomas inflamatorios del intestino, así como, en las personas mayores, el miedo a caerse o, en los niños, una sensación de desorientación y de encontrarse perdidos. La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad a la situación temida y puede ocurrir en anticipación o en presencia de la situación agorafóbica. Además, el miedo o la ansiedad pueden tomar la forma de un ataque de pánico de síntomas limitados o completo (esto es, 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. Por lo tanto, una persona que desarrolla ansiedad y sólo de vez en cuando se produce una situación agorafóbica (p. ej., desarrolla ansiedad cuando hace cola en sólo una de cada cinco ocasiones) no sería diagnosticada de agorafobia. El individuo evita activamente la situación o, si no puede o decide no evitarla, la situación provoca un miedo o una ansiedad intensa. La evitación activa significa que el individuo se comporta de una manera intencionada para prevenir o minimizar el contacto con las situaciones de agorafobia. La naturaleza de la evitación puede ser comportamental (p. ej., cambiar las rutinas diarias, la elección de un trabajo cercano para evitar el uso del transporte público, encargar las compras a domicilio para evitar entrar en las tiendas y los supermercados) o cognitiva (p. ej., usar la distracción para superar las situaciones de agorafobia). La evitación puede llegar a ser tan grave que la persona se quede completamente confinada en casa. A menudo, la persona se encuentra en mejores condiciones para hacer frente a la situación

temida si va acompañada de alguien, como un socio, un amigo o un profesional de la salud. El miedo, la ansiedad y la evitación deben ser desproporcionados para el peligro que realmente suponen las situaciones de agorafobia y para el contexto sociocultural. Es importante, por varias razones, diferenciar los temores agorafóbicos clínicamente significativos de los temores razonables (p. ej., salir de casa durante una fuerte tormenta) o de las situaciones que se consideren peligrosas (p. ej., caminar por un aparcamiento o usar el transporte público en un área de alta criminalidad). En primer lugar, la evasión puede ser difícil de juzgar a través de la cultura y el contexto sociocultural (p. ej., en ciertas partes del mundo, es socioculturalmente aceptable que las mujeres musulmanas ortodoxas eviten salir de casa solas, y esta evitación no se consideraría indicativa de agorafobia). En segundo lugar, los adultos mayores son propensos a atribuir en exceso sus temores a las limitaciones relacionadas con la edad y son menos propensos a juzgar sus miedos como desproporcionados con respecto al riesgo real. En tercer lugar, las personas con agorafobia tienden a sobrestimar el peligro de los síntomas similares al pánico u otros síntomas corporales.

La agorafobia se debe diagnosticar sólo si el miedo, la ansiedad o la evitación persiste (Criterio F) y si causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro significativo en las áreas sociales u ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio G). La duración de "típicamente 6 meses o más" pretende excluir a las personas con problemas transitorios de corta duración. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad.

Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la 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 resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

4.5 Trastorno de ansiedad generalizada

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica. Existen escalas específicas para cada trastorno que sirven para caracterizar mejor su gravedad y captar las variaciones de la misma a lo largo del tiempo. Para facilitar su uso, particularmente las personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se han desarrollado con el mismo formato (pero distinto enfoque) en todos los casos, con puntuaciones de los síntomas conductuales, cognitivos y físicos relevantes de cada trastorno.

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., 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 por la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación 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, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronuncia das y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes. Cuanto mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre las que una persona se preocupa (p. ej., las finanzas, la seguridad de los niños, el rendimiento en el trabajo), es más probable que sus síntomas cumplan los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos frecuencia a síntomas físicos (p. ej., inquietud, sentimiento de agitación o nerviosismo). Las personas con trastorno de ansiedad generalizada refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales u ocupacionales, o de otras áreas importantes del funcionamiento. La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que en los niños sólo se requiere un síntoma adicional.

Criterios diagnósticos

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo 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, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones 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 el trastorno delirante).

4.6 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y medicamentos y Trastorno de ansiedad debido a afección médica

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina). Los síntomas de pánico o de ansiedad se deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito por un trastorno mental u otra afección médica debe iniciarse mientras el individuo está recibiendo la medicación (o durante su retirada, si los síntomas clínicos de retirada se asocian con la medicación). Una vez que se interrumpe el tratamiento, los síntomas de pánico o ansiedad suelen mejorar o remitir entre pocos días a varias semanas o un mes (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de abstinencia). No se debería realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos si el inicio de los síntomas de

pánico o de ansiedad precede a la intoxicación por las sustancias/medicamentos o a la retirada de los mismos, o si los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (esto es, por lo general más de un mes) desde el momento de la intoxicación o la abstinencia grave. Si los síntomas de pánico o ansiedad persisten por largos períodos de tiempo, se deben considerar otras causas.

Se debe realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, únicamente si los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Criterios diagnósticos

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren 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. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica. Los síntomas pueden ser manifestaciones de ansiedad o ataques de pánico prominentes (Criterio A). El juicio de que los síntomas se explicarían mejor por la afección física relacionada se ha de basar en las pruebas aportadas por la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio (Criterio B). Además, se debe descartar que los síntomas no se expliquen mejor por otro trastorno mental, en particular por el trastorno de adaptación, donde el factor de estrés originario de la ansiedad sería la afección médica (Criterio C). En este caso, un individuo con trastorno de adaptación estaría especialmente angustiado por el significado o por las consecuencias de la afección médica asociada. Por el contrario, cuando la ansiedad se debe a otra afección médica, la ansiedad muestra a menudo un componente físico prominente (p. ej., sensación de falta de aire). El diagnóstico no se realiza si los síntomas de ansiedad se producen sólo durante el curso de un delirium (Criterio D). Los síntomas de ansiedad deben causar un malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral, o deterioro de otras áreas importantes de actividad (Criterio E). Para determinar si los síntomas de ansiedad son atribuibles a otra afección médica, el clínico debe establecer en primer lugar la presencia de la enfermedad médica. Además, antes de hacer el juicio de que la afección es la mejor explicación para los síntomas, debería establecer una relación etiológica entre los síntomas de ansiedad y el estado de salud mediante algún mecanismo fisiológico. Sería necesaria una evaluación cuidadosa y exhaustiva de múltiples factores. Se deben considerar varios aspectos de la presentación clínica: 1) la presencia de una asociación temporal clara entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y los síntomas de ansiedad; 2) la presencia de características que sean atípicas de

los trastornos de ansiedad primaria (p. ej., la edad de inicio de los síntomas atípicos o el curso), y 3) la evidencia bibliográfica de que existe un mecanismo fisiológico conocido (p. ej., el hipertiroidismo) capaz de causar la ansiedad. Además, la perturbación no se debería explicar mejor por un trastorno de ansiedad primaria, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos u otro trastorno mental primario (p. ej., un trastorno adaptativo).

Criterios diagnósticos

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

4.7 Trastorno de síntomas somáticos

Los individuos con trastorno de síntomas somáticos suelen presentar múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria, aunque algunas veces sólo aparece un síntoma grave, con mayor frecuencia el dolor. Los síntomas pueden ser específicos (p. ej., el dolor localizado) o relativamente inespecíficos (p. ej., la fatiga). Los síntomas a veces denotan sensaciones corporales normales o un malestar que generalmente no significa una enfermedad grave. Los síntomas somáticos sin explicación médica evidente no son suficientes para hacer el diagnóstico. El sufrimiento del individuo es auténtico, se explique o no médicamente. Los síntomas pueden estar o no asociados con otra afección médica. Los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos y de una enfermedad médica conjunta no son mutuamente excluyentes, y con frecuencia se presentan juntos. Por ejemplo, un individuo podría estar gravemente discapacitado por los síntomas de un trastorno de síntomas somáticos después de un infarto no complicado de miocardio incluso aunque el propio infarto de miocardio no haya producido ninguna discapacidad. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de desarrollarla (p. ej., una fuerte historia familiar asociada) los pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados con esta afección son excesivos. Los individuos con trastorno de síntomas somáticos tienden a tener niveles muy altos de preocupación por la enfermedad. Evalúan indebidamente sus síntomas corporales y los consideran amenazadores, perjudiciales o molestos, y a menudo piensan lo peor sobre su salud. Incluso cuando hay pruebas de lo contrario, algunos pacientes todavía temen que sus síntomas sean graves.

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 sus relaciones interpersonales. Las personas suelen experimentar un malestar que se centra principalmente en los síntomas somáticos y su significado. Cuando se les pregunta directamente acerca de su malestar, algunas personas lo describen también en relación con otros aspectos de sus vidas, mientras que otros niegan cualquier fuente de angustia aparte de los síntomas somáticos. La calidad de vida relacionada con la salud a menudo se ve afectada, tanto física como mentalmente. En el trastorno de síntomas somáticos graves el deterioro es característico, y cuando es persistente, el trastorno puede dar lugar a invalidez. A menudo hay un alto grado de utilización de la atención médica, lo que rara vez alivia al individuo de sus preocupaciones. En consecuencia, el paciente puede recibir atención médica de varios médicos para los mismos síntomas. Estos individuos a menudo parecen no responder a las intervenciones médicas, y las nuevas intervenciones pueden exacerbar la presentación de los síntomas. Algunos individuos con

este trastorno parecen inusualmente sensibles a los efectos secundarios de los medicamentos. Algunos sienten que su evaluación médica y el tratamiento no han sido suficientes.

Criterios diagnósticos

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).

4.8 Trastorno de ansiedad por enfermedad

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. No aparecen síntomas somáticos o, si lo hacen, sólo son de intensidad leve. Una evaluación completa no logra identificar una afección médica seria que justifique las preocupaciones de la persona. Pese a que la preocupación se podría deber a la señal o sensación física no patológica, la angustia del individuo no proviene fundamentalmente de la propia dolencia física, sino más bien de su ansiedad sobre la importancia, el significado o la causa de dicha dolencia (esto es, la sospecha de un diagnóstico médico). Cuando existen una señal física o un síntoma, a menudo se trata de una sensación fisiológica normal (p. ej., los mareos ortostáticos), una disfunción benigna y autolimitada (p. ej., los tinnitus transitorios) o un malestar corporal que no se considera generalmente indicativo de enfermedad (p. ej., los eructos). Cuando aparece una afección médica diagnosticable, la ansiedad y la preocupación de la persona son claramente excesivas y desproporcionadas a la gravedad de la enfermedad. Los datos científicos empíricos y la bibliografía existentes se refieren a la definición previa de hipocondría según el DSM, y no está claro en qué medida y con qué precisión se pueden aplicar a la descripción de este nuevo diagnóstico. La preocupación por la idea de que se está enfermo se acompaña de una ansiedad considerable sobre la salud y la enfermedad. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se alarman fácilmente con las enfermedades, al oír que alguien se ha puesto enfermo o al leer noticias sobre historias relacionadas con la salud. Su preocupación por la enfermedad no diagnosticada no responde a la certeza médica, las pruebas diagnósticas negativas o a un curso benigno. Los intentos del médico de tranquilizar y paliar los síntomas generalmente no alivian la preocupación del individuo y pueden aumentarla. La preocupación por la enfermedad ocupa un lugar destacado en la vida de la persona y afecta a las actividades cotidianas, e incluso puede dar lugar a una invalidez. La enfermedad se convierte en un elemento central de la identidad del individuo y de su propia imagen, en un tema frecuente de discurso social, y en una respuesta característica a los eventos estresantes de la vida. Los individuos con este trastorno a menudo se autoexaminan varias veces (p. ej., la autoexploración de la garganta en el espejo). 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.

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).
- 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.

4.9 Trastorno de conversión

Muchos clínicos utilizan los nombres alternativos de "funcional" (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o "psicógeno" (refiriéndose a una etiología supuesta) para describir los síntomas del trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). En el trastorno de conversión puede haber uno o más síntomas de diversos tipos. 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, se 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.

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.

4.10 Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas

La característica esencial de los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas es la presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento clínicamente significativos que afectan adversamente a una afección médica, aumentando el riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad. Estos factores pueden afectar negativamente al estado de salud porque influyen en su curso o en su tratamiento, constituyendo un factor de riesgo adicional establecido para la salud, o porque influyen en la fisiopatología subyacente, precipitando o exacerbando los síntomas o requiriendo atención médica. Los factores psicológicos o de comportamiento son el malestar psicológico, los patrones de interacción interpersonal, los estilos de afrontamiento y los comportamientos desadaptativos para la salud, como la negación de los síntomas o la pobre adherencia a las recomendaciones médicas. Ejemplos clínicos más comunes son la ansiedad que agrava el asma, la negación de la necesidad de un tratamiento para el dolor torácico agudo y la manipulación de la insulina por un individuo con diabetes que desea bajar de peso. Se han demostrado muchos factores psicológicos diferentes que influyen adversamente en las afecciones médicas (p. ej., los síntomas de depresión o ansiedad, los eventos estresantes de la vida, el estilo de relación, los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento). Los efectos adversos pueden ser desde agudos, con consecuencias médicas inmediatas (p. ej., la cardiomiopatía de Takotsubo), a crónicos, que aparecen durante un largo período de tiempo (p. ej., el estrés crónico en el trabajo tiene asociado un mayor riesgo de hipertensión). Las afecciones médicas implicadas pueden ser aquellas con una fisiopatología clara (p. ej., la diabetes, el cáncer, la enfermedad coronaria), los síndromes funcionales (p. ej., la migraña, el síndrome del intestino irritable, la fibromialgia) o los síntomas médicos idiopáticos (p. ej., el dolor, la fatiga, los mareos).

Este diagnóstico se debería reservar para las situaciones en las que es evidente el efecto de los factores psicológicos sobre la afección médica y cuando los factores psicológicos tienen unos efectos clínicamente significativos sobre el curso o el resultado de dicha afección médica. Los síntomas psicológicos o de comportamiento anormales, que se desarrollan en respuesta a una afección médica, serán mejor codificados como un trastorno de adaptación (una respuesta psicológica clínicamente significativa a un factor estresante identificable). Debe haber una evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y la afección médica, a pesar de que muchas veces no es posible demostrar la causalidad directa o los mecanismos que subyacen a esta relación.

Criterios diagnósticos

- A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).
- B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes:
 1. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica.
 2. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej., poco cumplimiento).
 3. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.
 4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas, o necesitan asistencia médica.
- C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).

4.11 Trastorno facticio

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 anomalía, 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).

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.

Trastorno facticio aplicado a otro (Antes: Trastorno facticio por poderes)

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.
- B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.
- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.